Indstillingsskemaet anvendes når der efter samtale og vejledning af sundhedsplejersken vurderes, at barnets forældre har behov for vejledning/sparring ved ergoterapeut eller fysioterapeut.

Konsultation ved en terapeut vil enten foregå online på teams eller i vores klinik på Kastelsvej 60, København Ø.

For at indstille udfyldes nedenstående skema og det sendes til DAB@buf.kk.dk.

## **Indstilling fra Sundhedsplejen til ergoterapeutisk/fysioterapeutisk råd og vejledning ved Den Ambulante Børneterapi**

**Sundhedsplejerske: Dato:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Tlf. nr. |
|  |  |

### **Barn:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Cpr. nr. |
|  |  |

### **Forældreoplysninger:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Tlf. nr. |
|  |  |

### **Dagtilbud/skole:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn på dagtilbud eller skole samt stue/klasse | Adresse |
|  |  |
| Dagtilbud eller skole Tlf og E-mail adresse | Kontaktoplysninger leder og kontaktperson |
|  |  |

### **Indenfor hvilke område indstilles der til (sæt kun et kryds der beskriver den overvejende indstillingsårsag)**

|  |
| --- |
| Skriv herunder |
| Motorisk forsinket  Sansemæssige udfordringer  Kranieasymmetri  Oralt |

### **I hvilke konkrete aktiviteter er barnet udfordret i at deltage aldersvarende? Uddyb hvor og hvordan det kommer til udtryk i barnets hverdag?**

|  |  |
| --- | --- |
| Skriv herunder: | For eksempel |
|  | **Hvordan:**  Ukoordinerede bevægelser  Motorisk forsinket  Har svært ved grov og/eller Finmotoriske aktiviteter  Vrede  Frustration  Udadreagerende  Fællesskabet er svært at deltage i  Bliver verbal reagerende  Reagere først når barnet kommer hjem  Svært ved at koncentrere sig i en given kontekst  Trækker sig fra de andre børn  **Hvor:**  Hjemme  Institution  Skole  Morgensamling  Garderoben  Legepladsen  Frikvarterer  Spisesituationer  Stillesiddende aktiviteter  Søvn  Aflevering/hente  Overgange  Kravs situationer  Ved gruppearbejde og leg  Selvhjulpenhed  Toiletbesøg  Bestemte undervisningstimer  Sociale arrangementer |

### **Beskriv indsatser/samarbejdsaftaler i forhold til barnet og effekten heraf:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Skriv herunder: | | |
| Hjemme: | Dagtilbud /skole (tværfaglig indsats): | Vejledning fra sundhedsplejersken: |

### **Andre relevante oplysninger (sprog, behov for tolk etc.)**

|  |
| --- |
| Skriv herunder: |
|  |

### **Vedhæft gerne relevante dokumenter fx indskolingsscreening etc.**