



JAMMERBUGT
KOMMUNE

Henvisningsskema til undersøgelse af skolebørn i Jammerbugt Kommune

brug tab-tasten for at skifte linje

Barnets navn:	Cpr.nr.:	
Adresse:		
Postnr. og by:		
Mors navn:	Telefon:	Cpr.nr.:
Adresse:		
Fars navn:	Telefon:	Cpr.nr.:
Adresse:		
Forældremyndighed: Fælles <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/>		
Vær opmærksom på, at informationer foregår via e-boks til indehaver(e) af forældremyndigheden.		
Ved anbringelse Fra hvilken kommune:		
Plejeforældres navn(e):	Telefon:	
Skolens navn:	Klasse:	Antal elever i klassen:
Kontaktlærer og telefonnummer:	Sikker kontakt e-mail til skolen til afsendelse af kvittering: (ved private institutioner oplyses CVR-nr.)	
Er barnet henvist til PPR: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Hvis ja, må vi indhente relevante oplysninger derfra: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Barnets faglige niveau i dansk og matematik:		
Evt. diagnose:		
Baggrunden for henvisningen er vanskeligheder vedrørende: (klik i felterne for at sætte X)		
<input type="checkbox"/> grovmotorik	<input type="checkbox"/> sansning	
<input type="checkbox"/> finmotorik	<input type="checkbox"/> daglige færdigheder	
<input type="checkbox"/> mundmotorik	<input type="checkbox"/> opmærksomhed	
Andet:		

Barnets tidlige udvikling (udfyldes af forældre)

Besvar venligst de spørgsmål, der er relevante for barnet - brug tab-tasten for at skifte linje

	Ja	Nej	Kommentarer
Var der specielle problemer under graviditeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Var der komplikationer under selve fødslen? <i>Hvis ja, hvilke</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I hvilken graviditetsuge blev barnet født?			
Barnets vægt ved fødslen?			
Havde dit barn svært ved at lære at sutte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nød dit barn at være i arm som spæd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Var dit barn meget stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Led dit barn af kolik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sov dit barn som spæd mindre end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunne dit barn som spæd lide at have øjenkontakt med dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pludrede dit barn som spæd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har dit barn haft problemer med ørerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunne dit barn lide at ligge på maven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunne dit barn lide at trille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunne dit barn lide at kravle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kravlede dit barn før det kunne gå?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvor gammel var dit barn, da det gik?			
Har dit barns taleudvikling været forsinket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har dit barn været i kontakt med talepædagog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har dit barn været indlagt på sygehus? <i>Hvis ja, hvornår og af hvilken årsag?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har dit barn haft søvnproblemer? <i>Hvis ja, hvilke?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har dit barn været udsat for ulykker eller skader?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Barnets aktuelle udvikling (udfyldes af forældre og lærer/pædagog)*brug tab-tasten for at skifte linje*

	Ja	Nej	Kommentarer
Barnet virker kropsligt mere stift <input type="checkbox"/> , slap og blød <input type="checkbox"/> eller kropsligt specielt? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet bruger sig selv alderssvarende grovmotorisk? (fx gynger, rutsjer, klatrer og tumler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet bruger sig selv alderssvarende finmotorisk? (fx klippe, tegne, klodser, perler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet falder mere <input type="checkbox"/> , vælter og støder ind i ting <input type="checkbox"/> mere end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er mere "pylret" end jævnaldrende over for berøring, smerte eller fedtede materialer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er mere ufølsomt end jævnaldrende over for berøring, temperatur og smerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er mere lysfølsomt end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er mere lydfølsomt end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet råber mere end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet har svært ved kollektiv besked og højtlesning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er alderssvarende ved af- og påklædning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet er alderssvarende i spisesituationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet virker upraktisk, fummelfingret og er typisk tilbageholdende ved nye aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet virker generelt mere forvirret <input type="checkbox"/> , uroligt <input type="checkbox"/> eller ukoncentreret <input type="checkbox"/> end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnet virker mere stille <input type="checkbox"/> eller mere forsigtigt <input type="checkbox"/> end andre børn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har barnet søvnvanskeligheder? <i>Hvis ja, hvilke tiltag har været afprøvet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvad er barnet god til?
Hvad opfatter du/I som barnets primære udfordringer?
Hvad er der prøvet for at hjælpe barnet?
Hvad vil du/I gerne at barnet bliver bedre til som resultat af henvisningen? <i>(Beskriv så konkret som muligt i forhold til hverdagsaktiviteter)</i>
Samtykke: Ved afsendelse af henvisningsskemaet gives samtykke til at der udføres undersøgelse og behandling. Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage. Der informeres om, at behandlingen kan indbefatte motorisk træning, sensorisk handleplan og interventionsforslag til forældre og institution. Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Dato