**Jonna Jepsen**

**Giesegårdvej 100 • DK-4100 Ringsted**

**Tel.: +45 5070 3010 • mail@jonnajepsen.dk**

**www.jonnajepsen.dk • www.præmaturspecialisten.dk**

Førskolebarn

Basisskjema ved utredende konsultasjon med foreldre

Ved samtalen får du/dere forklaringer på barnets/den unges reaksjonsmønstre og behov, og du/dere får øyeblikkelige handlemuligheter i hverdagen. Vi lægger en handleplan for en individuel innsats, som kan avhjelpe årsakene til utfordringene.

Data:

Barnets navn: Fødselsdato:

Mor: Fødselsdato:

Far: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Adresse: Postnr./by:

Kommune/fylke: Telefon mor:

Mail: Telefon far:

Dato for utredende samtale:

Fødselssuke: Fødselslengde:

Fødselsvekt: Apgar score:

Årsak til henvendelse (max 5 linjer):

Samtykkeerklæring

Jeg/vi gir tilladelse til, at Jonna Jepsen registrerer de her angivne opplysninger, øvrige mundtlige og skriftlige opplysninger givet af meg/oss i vores samlede innsatsforløp samt notater i forbindelse med terapi- og behandlingsforløp.

Opplysningene er fortrolige og behandles alene internt mellom Jonna Jepsen og hendes tilknyttede konsulenter og behandlere. De gis ikke videre til 3. part.

Navn og dato:

**Nyhedsbrev.** Ja tak, jeg/vi vil gjerne påmelde meg/oss dit nyhetsbrev. Sett kryss:

Utfyld venligst skjemaet nedenfor i Word og i korte vendinger og mail til mail@jonnajepsen.dk

|  |
| --- |
| Barnets historie omkring fosterperiode, fødsel og etter fødsel |
| Graviditet (herunder mammas aktivitetsnivå): Fødselsforløp: Omstendigheter i tiden etter fødsel: Har barnet vært utsatt for følgende behandling/inngrep:C-pap:***Respirator:******Sondemadning:******Medisiner eller væske via injeksjon:******Varme elektroder på huden:******Blodprøvetagninger ved kutt i hælen:******Øyenundersøkelse(r) under fiksering:******Lysbehandling:******Annet:*****Samvær/atskillelse:** **Amming:**  |
| **Opplevelser eller situasjoner av større betydning fra spedbarnsalder til i dag?** *(fx svikt, sjokk, traumer)* |
|  |
| **Hva er umiddelbart jeres bekjymring i forhold til barnet jeres?**  |
|  |
| Hvordan og hvornår kommer det til uttrykk? (er barnet urolig, for passiv m.m.) |
|  |
| Sansemotorikk/sanseintegrasjon |
| **Motorisk utvikling: Hvor gammel var barnet sirka, da det** ***Sat:******Lå på magen:Krabbet:Reiste sig ved egen hjelp:Gikk:***Muskel-/ledsans/grovmotorikk: Klosset, velter ting:Holder for løst/fast:Vanskelig å gripe:Spendte eller myke muskler:Finmotorikk: Vanskelig å holde på bestikk/farve/blyant:Vanskelig å lege med klosser/perler, knapper:Oralmotorikk:Har vanskelig for å tygge visse konsistenser: Uttaleproblemer: Sikler mye: Balanse: Snubler:Passiv eller overaktiv: Kan snurre vildt og lenge:Blir nemt svimmel:Behov for kontakt med underlag: Bliver bil-/luft-/sjøsyk:Følesans: Unngår visse former for fysisk kontakt:Reagerer på lett berøring:***Reagerer på å bli smurt ind i krem:***Ubehak ved berøring med fettete/skitne ting:***Ubehak ved å ha bare tær på visse typer underlag:******Generes av vaskemerker i tøyet, sømme på strømpene osv.:***Unngår visse konsistenser av mat:***Foretrekker karbad frem for dusj:******Ubehak ved å få kjemmet hår:******Ubehak ved å få pusset tenner:******Vil gjerne bestemme, hvornår og hvordan det skal koses:***Lyd-/lys-/luktfølsomhet:***Reagerer på lyd:******Reagerer på lys:******Reagerer på lukt:***Aktivitetsnivå:Høyt, middel eller lavt: |
| Kognitivt utviklingsnivå |
| Språk:Visuel hukommelse:Verbal hukommelse:Oppmerksomhet/konsentrasjon:Innlæringsevne: |
| Kompetanser, reaksjoner, atferd |
| Stressterskel/stresshåndtering/trygghet:*(Reagerer fx, når I har vært til større familiesammenkomster eller andre steder med mange mennesker)*Tilhørighet:Selvtillit, selvforståelse, selvfølelse:Sosial kompetanse/personlige ferdigheter/atferd: (Aldersrelatert, men fx: viser initiativ og intensjoner, kan bruke språket til konfliktløsing, kan sette grenser for seg selv, kan vente på tur, utviser empati) |
| Passingsforhold (herunder trivsel og pedagogiske rammer) |
|  |
| Overveielser/beslutninger om skolestart |
|  |
| Spising, kost, kosttilskud |
|  |
| Toalettvaner og mage-/tarmfunksjon |
|  |
| **Søvn** *(inkl. putting, innsovning):* |
|  |
| Dags- og døgnrytme (fast og stabil eller skjiftende?) |
|  |
| **Har dere funnet metoder, som kan avhjelpe noen av utfordringene til barnet i hverdagen?** |
|  |
| Infeksjoner, helse, evt. innleggelser siten fødselen |
|  |
| Eventuel diagnose |
|  |
| Trening/behandling till dato (fx medisinsk, soneterapi, fysioterapi eller annet) |
|  |
| Personlighet, potensjaler, fritidsinteresser |
|  |
| Familierelasjoner/-forhold, herunder foreldre-barn samspill |
|  |
| Hvordan har foreldrene det – er det/har det vært tøff, får dere hjelp og støtte? |
|  |
| **Får familien støtte og forståelse fra den samlede familie/nettverk?** |
|  |