**Jonna Jepsen**

**Giesegårdvej 100 • DK-4100 Ringsted**

**www.praematurspecialisten.dk**

**www.jonnajepsen.dk**

**mail@jonnajepsen.dk**

 **Tel.: +45 5070 3010**

**CVR: 25272783**

Børn og unge – flerlinger

Basisskema ved udredende samtale med forældre

Ved samtalen får du/I forklaringer på børnenes/de unges reaktionsmønstre og behov, og du/I får øjeblikkelige handlemuligheder i hverdagen. Vi lægger en handleplan for en individuel indsats, der kan afhjælpe udfordringerne.

Data:

Barnets navn A: Fødselsdato:

Barnets navn B: Fødselsdato:

Mor: Fødselsdato:

Far: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Adresse: Postnr./by:

Kommune: Telefon mor:

Mail: Telefon far:

Dato for indledende samtale:

Fødselsuge: Fødselsvægt A:

 Fødselsvægt B:

Apgar score A: Fødselslængde A:

Apgar score B: Fødselslængde B:

Årsag til henvendelse A (max 5 linjer):

Årsag til henvendelse B (max 5 linjer):

Samtykkeerklæring

Jeg/vi giver tilladelse til, at Jonna Jepsen registrerer de her angivne oplysninger, øvrige mundtlige og skriftlige oplysninger givet af mig/os i vores samlede indsatsforløb samt notater i forbindelse med terapi- og behandlingsforløb.

Oplysningerne er fortrolige og behandles alene internt mellem Jonna Jepsen og hendes tilknyttede konsulenter og behandlere. De gives ikke videre til 3. part.

Navn og dato:

Nyhedsbrev. Ja tak, jeg/vi vil gerne tilmelde mig/os dit nyhedsbrev. Sæt kryds:

Udfyld venligst skemaet nedenfor i Word og i korte vendinger og mail til mail@jonnajepsen.dk

|  |
| --- |
| Barnets historie omkring fosterperiode, fødsel og efterfødselsforløb |
| Graviditet: Samlet:Fødsel: A: B: Efterfødselsforløb: Har jeres børn været udsat for følgende behandling/indgreb:**A: *C-pap:*****A: *Respirator:*****A: *Sondemadning:*****A: *Medicin eller væske via drop:*****A: *Varme elektroder på huden:*****A: *Blodprøvetagninger ved snit i hælen:*****A: *Øjenundersøgelse(r) under fiksering:*****A: *Lysbehandling:*****A: *Andet:*****B: *C-pap:*****B: *Respirator:*****B: *Sondemadning:*****B: *Medicin eller væske via drop:*****B: *Varme elektroder på huden:*****B: *Blodprøvetagninger ved snit i hælen:*****B: *Øjenundersøgelse(r) under fiksering:*****B: *Lysbehandling:*****B: *Andet:***Samvær/adskillelseA: B:  AmningA: B:  |
| **Oplevelser eller situationer af større betydning fra spædbarnsalder til i dag?** *(fx svigt, chok, traumer)* |
| A: B:  |
| **Hvad er umiddelbart jeres bekymring i forhold til jeres børn?** **Hvordan og hvornår kommer det til udtryk?** *(er barnet uroligt, for passivt m.m.)* |
| A: B:  |
| Sansemotorik/sanseintegration |
| **Motorisk udvikling: Hvor gammelt var barnet cirka, da det** **A:*****Sad:*** **A:*****Lå på maven:*A:*****Kravlede:*A:*****Rejste sig ved egen hjælp:*A:*****Gik:*****B:*****Sad:*** **B:*****Lå på maven:*B:*****Kravlede:*B:*****Rejste sig ved egen hjælp:*B:*****Gik:***Muskel-/ledsans/grovmotorik: A: Klodset, vælter ting:A: Spændte eller bløde muskler:A: Holder for løst/fast:A: Svært ved at gribe:B: Klodset, vælter ting:B: Spændte eller bløde muskler:B: Holder for løst/fast:B: Svært ved at gribe:Finmotorik: A: Svært ved at holde på bestik/farve/blyant:A: Svært ved at lege med klodser/perler, knappe:B: Svært ved at holde på bestik/farve/blyant:B: Svært ved at lege med klodser/perler, knappe:Oralmotorik:A: Svært ved at tygge bestemte konsistenser: A: Udtaleproblemer: B: Svært ved at tygge bestemte konsistenser: B: Udtaleproblemer: Balance: A: Snubler:A: Passiv eller overaktiv: A: Kan snurre vildt og længe:A: Bliver let svimmel:A: Bliver køre-/luft-/søsyg:A: Behov for kontakt med underlag: B: Snubler:B: Passiv eller overaktiv: B: Kan snurre vildt og længe:B: Bliver let svimmel:B: Bliver køre-/luft-/søsyg:B: Behov for kontakt med underlag: Følesans:A: Undgår visse former for fysisk kontakt:A: Trækker sig ved let berøring:**A:*****Ubehag ved at blive smurt ind i creme:***A: Ubehag ved berøring med fedtede/beskidte ting:**A:*****Ubehag ved at have bare tæer på visse typer underlag:*****A:*****Generes af vaskemærker i tøjet, sømme på strømperne osv.:***A: Undgår visse konsistenser af mad:**A:*****Foretrækker karbad frem for brusebad:*****A:*****Har det svært med at få redt hår:*****A:*****Har det svært med at få børstet tænder:*****A:*****Vil gerne bestemme, hvornår og hvordan der skal puttes og nusses:***B: Undgår visse former for fysisk kontakt:B: Trækker sig ved let berøring:**B: *Ubehag ved at blive smurt ind i creme:***B: Ubehag ved berøring med fedtede/beskidte ting:**B:*****Ubehag ved at have bare tæer på visse typer underlag:*****B:*****Generes af vaskemærker i tøjet, sømme på strømperne osv.:***B: Undgår visse konsistenser af mad:**B:*****Foretrækker karbad frem for brusebad:*****B:*****Har det svært med at få redt hår:*****B:*****Har det svært med at få børstet tænder:*****B:*****Vil gerne bestemme, hvornår og hvordan der skal puttes og nusses:***Lyd-/lys-/lugtfølsomhed:**A:*****Reagerer på lyd:*****A:*****Reagerer på lys:*****A:*****Reagerer på lugt:*****B:*****Reagerer på lyd:*****B:*****Reagerer på lys:***B: Reagerer på lugt Aktivitetsniveau:A: Højt, middel eller lavt:A: Kropslig uro:A: Manglende energi:B: Højt, middel eller lavt:B: Kropslig uro:B: Manglende energi: |
| Kognitivt udviklingsniveau |
| Sprog:A: B: Visuel hukommelse:A: B: Verbal hukommelse:A: B: Opmærksomhed/koncentration: A: B: Indlæringsevne:A: B:  |
| Kompetencer, reaktioner, adfærd |
| Stresstærskel/stresshåndtering/tryghed:(Reagerer fx, når I har været til større arrangementer med mange mennesker)A: B: Tilknytning:A: B: Selvtillid, selvforståelse, selvværd:A: B: Social kompetence/personlige færdigheder/adfærd: (fx initiativ og ansvarsfølelse, konfliktløsningsmetoder, personlig grænsesætning, empati)A: B:  |
| Tidligere pasningsforhold/trivsel i pasningstilbud |
| A: B:  |
| Skoletrivsel; SFO/klub, skole-hjem-samarbejde |
| A: B:  |
| Spisning, kost, kosttilskud |
| A: B:  |
| Toiletvaner og mave-/tarmfunktion |
| A: B:  |
| Søvn |
| A: B:  |
| Dags- og døgnrytme (fast og stabil eller skiftende?) |
| A: B:   |
| **Har i fundet metoder, som kan afhjælpe nogle af jeres børns udfordringer i hverdagen?** |
| A: B:  |
| Infektioner, helbred, evt. indlæggelser siden fødsel |
| A: B:  |
| Eventuel diagnose |
| A: B:  |
| Træning/behandling indtil dato (fx medicinsk, zoneterapi, fysioterapi eller andet) |
| A: B:  |
| Personligheder, potentialer, fritidsinteresser |
| A: B:  |
| Familierelationer/-forhold, herunder forældre-barn samspil? |
|  |
| Hvordan har I det som forældre – er det/har det været hårdt? |
|  |
| **Får jeres barn/familie den nødvendige hjælp og støtte fra kommune/region?** |
|  |
| **Får I som familie støtte og forståelse fra jeres pårørende?** |
|  |

© Jonna Jepsen