**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/adskillelse  A:  B:    Amning  A:  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