**Jonna Jepsen**

**Giesegårdvej 100 • DK-4100 Ringsted**

**www.praematurspecialisten.dk**

**www.jonnajepsen.dk**

**mail@jonnajepsen.dk**

 **Tel.: +45 5070 3010**

**CVR: 25272783**

Barn/ung

Basisskema ved udredende samtale med forældre

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

Data:

Barnets navn: 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: Fødselslængde:

Fødselsvægt: Apgar score:

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