**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