



## Henvisning til børneterapeutisk konsulentbistand

<b>Barnets navn:</b>	
<b>Cpr.nr.:</b>	

<b>Forældre:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Tlf.nr.</b>		
<b>Mail:</b>		

<b>Barnet henvises af:</b>		<b>Stue:</b>
<b>Adresse:</b>		
<b>Tlf.nr.</b>		
<b>Kontaktperson:</b>		
<b>Mail til kontaktperson:</b>		

<b>Andre relevante fagpersoner:</b>	
<b>Sygehus / Speciallæge:</b>	

**Forældreunderskrift:** \_\_\_\_\_ **Dato:** \_\_\_\_\_

**Begrundelse for henvisning til børneterapeutisk konsulentbistand** (udfyldes af fagperson i samarbejde med forældrene)

*Udfyld kun de felter der ønskes hjælp til:*

Hvordan viser barnets vanskeligheder sig **grovmotorisk**?

- 
- 
- 

Hvad har I allerede gjort for at afhjælpe barnets vanskeligheder?

- 
- 
- 

Hvordan viser barnets vanskeligheder sig **finmotorisk**?

- 
- 
- 

Hvad har I allerede gjort for at afhjælpe barnets vanskeligheder?

- 
- 
- 

Hvordan viser barnets vanskeligheder sig **sansomotorisk**?

- 
- 
- 

Hvad har I allerede gjort for at afhjælpe barnets vanskeligheder?

- 
- 
-

Hvordan viser barnets vanskeligheder sig **mundmotorisk**?

- 
- 
- 

Hvad har I allerede gjort for at afhjælpe barnets vanskeligheder?

- 
- 
- 

Hvor ligger barnet udviklingsmæssigt (evt. DPU kurve)

Evt. supplerende oplysninger

- 
-