#

# Indstilling til børneteamet, Træning & rehabilitering

## Mødet hvor det er aftalt at indstille til børneteamets fys/ergo

|  |  |
| --- | --- |
| Aftalt med: | Angiv navn på terapeut fra børnetemaet  |
| Dato: |  |

Referat fra dialogmøde vedlagt [ ]

Referat fra FFS vedlagt [ ]

**Ovenstående SKAL være udfyldt, inden resten af indstillingen**

**kan færdigudfyldes og sendes**

## Information fra dagtilbud/skole

|  |  |
| --- | --- |
| Kontaktpersons navn: |  |
| Tlf. nr. / e-mail: |  |
| Dagtilbud / skole: |  |
| Stue / klasse: |  |

## Information om barnet/eleven

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. nr.: |  |

## Information om forældrene

|  |  |
| --- | --- |
| Forældremyndighed[ ]  Fælles [ ]  Far[ ]  Mor [ ]  Andre Mors navn:  |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. nr.: |  |
| Tlf. nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fars navn: |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. nr.: |  |
| Tlf. nr.: |  |

Er barnet anbragt i pleje?

[ ]  Ja [ ]  Nej

## Information om plejeforældre

|  |  |
| --- | --- |
| Plejemors navn: |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. nr.: |  |
| Tlf. nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Plejefars navn: |  |
| Adresse: |  |
| Cpr. nr.: |  |
| Tlf. nr.: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hjemkommune: |  |
| Sagsbehandler: |  |
| Tlf. nr.: |  |
| E-mail: |  |

## Fokus for indstillingen

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hvilke fokuspunkter er aftalt ved dialogmøde/FFS:  |

## Relevante sundhedsoplysninger om barnet/eleven

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Mistanke om nedsat hørelse. Evt. undersøgt den:  |  |
| [ ]  Mistanke om nedsat syn. Evt. undersøgt den: |  |
| Relevante sygdomme/diagnoser |  |

Har barnet haft hjernerystelse/slået hovedet?

[ ]  Nej [ ]  Ja; noter hvornår:

## Evt. supplerende oplysninger eller kommentarer fra dagtilbud/skole

|  |  |
| --- | --- |
| Angiv:  |  |

## Evt. supplerende oplysninger eller kommentarer fra forældre/plejeforældre

|  |  |
| --- | --- |
| Angiv:  |  |

## Underskrifter

Ved underskrift gives der samtykke til at:

* Ovenstående oplysninger gives videre til Træning & rehabilitering, Vordingborg Kommune
* Træning & rehabilitering må udveksle oplysninger med relevante samarbejdspartnere (herunder sundhedsplejen, PPR + F, sygehus)

[ ]  Ja [ ]  Nej

* Træning & rehabilitering må tage video/billeder i forbindelse med observation/undersøgelse

[ ]  Ja [ ]  Nej

|  |  |
| --- | --- |
| Forældre/værge Dato |  |
| Kontaktperson Dato |  |
| Leder Dato |  |

Ved fælles forældremyndighed, er der så indhentet samtykke?

[ ]  Ja [ ]  Nej

Indstillingsskemaet sendes til Træning & rehabilitering på mail:

traening@vordingborg.dk