# 

# 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](mailto:traening@vordingborg.dk)