



Henvisning til børneterapeutisk konsulentbistand

Barnets navn:	
Cpr.nr.:	

Forældre:		
Adresse:		
Tlf.nr.		
Mail:		

Barnet henvises af:		Stue:
Adresse:		
Tlf.nr.		
Kontaktperson:		
Mail til kontaktperson:		

Andre relevante fagpersoner:	
Sygehus / Speciallæge:	

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 **sansemotorisk**?

-
-
-

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

-
-