



Haderslev

**Det rådgivende team**

Gåskærgade 26  
6100 Haderslev  
tlf. 74 34 11 00

[www.haderslev.dk](http://www.haderslev.dk)

# Indstilling af 0 - 18 årige til pædagogisk psykologisk rådgivning

## Fra dagtilbud/skole

Indstillingen sendes til PPR via [virksomheder@ppr.dk](mailto:virksomheder@ppr.dk)

Indstillingen videresendes til sagsmødet i Det rådgivende team.

På sagsmødet er flg. faggrupper repræsenteret: psykologer, familiekoordinatorer, pædagogiske konsulenter, sundhedsplejersker, fysioterapeuter og tale-høre-sprogkonsulenter.

## Barnet

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Er barnet to-sproget: Ja  Nej

Hvilket sprog tales i hjemmet: \_\_\_\_\_

Etnisk herkomst: \_\_\_\_\_

Evt. tolk: \_\_\_\_\_

## Forældrene

Navn (forælder 1): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf.nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Navn (forælder 2): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tlf.nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Forældremyndighed Forælder 1  Forælder 2  Fælles

Evt. plejeforældres navne: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Dagtilbud/skole

Barnet passes hjemme

Dagpleje: \_\_\_\_\_ Dagplejekonsulent: \_\_\_\_\_

Tlf.nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Daginstitution: \_\_\_\_\_ Antal børn i gruppen: \_\_\_\_\_

Kontakt pædagog: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Skole: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Elever i klassen: \_\_\_\_\_

Klasselærer: \_\_\_\_\_ Tlf.nr.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Hvem indstiller: \_\_\_\_\_

## Har der tidligere været kontakt med nedenstående faggrupper?

Ja  Nej

Hvis ja – hvem?

Psykolog

Tale-høre-sprogkonsulent

Fysioterapeut

Er/har andre fagfolk været involveret (fx Familiehuset, Familierådgivningen)

Ja - Hvilke: \_\_\_\_\_

Nej

## Baggrund for indstillingen

Tale / sprog

Hørelse

Syn

Bevægelse / motorik

Udvikling generelt

Opmærksomhed / koncentration

Sociale / følelsesmæssige vanskeligheder

Adfærd / kontakt / trivsel

Faglige vanskeligheder

Skolestart

Tosprog

Andet: \_\_\_\_\_

**- Relevante dokumenter der understøtter indstillingen ønskes vedlagt.**



## Denne indstilling er efter aftale med:

Dato: \_\_\_\_\_ En faglig relevant medarbejder (psykolog, fysioterapeut eller tale-høre-sprogkonsulent):

Indhold af drøftelsen:

- Vedlæg evt. referat af mødet.

## Hvad ønskes der hjælp til?

Beskriv de udfordringer barnet befinder sig i, herunder forhold som kan være hæmmende eller fastholdende ift. barnets udvikling:

Beskriv hvordan I har forsøgt at arbejde med de udfordringer som barnet befinder sig i, i læringsmiljøet (fx undervisningsdifferentiering, holddannelse, struktur, guidning i det sociale samspil, legetræning, sproggruppe, ICDP-fokusbarn og spejling af følelser) - og hvordan det har virket:

Beskriv barnets forudsætninger, ressourcer og interesser:

Barnets syn på egen situation:



### Sundhedsoplysninger

Barnets læge: \_\_\_\_\_

Øre-, næse-, halslæge: \_\_\_\_\_

Har barnet problemer med syn eller hørelse

Ja  Nej Hvilke: \_\_\_\_\_

Har barnet kroniske lidelser

Ja  Nej Hvilke: \_\_\_\_\_

Får barnet medicin

Ja  Nej Hvilke: \_\_\_\_\_

Har barnet været indlagt

Ja  Nej Hvilke: \_\_\_\_\_

Går barnet til regelmæssig kontrol

Ja  Nej For hvad: \_\_\_\_\_ og hvor: \_\_\_\_\_

### Udfyldes af forældre

Beskriv hvordan I oplever jeres barn derhjemme og i dagtilbud/skole:

Hvilke forhold omkring barnet oplever I påvirker barnets trivsel/udvikling:

### Underskrift

Dato: \_\_\_\_\_

Indstillereens underskrift: \_\_\_\_\_

Lederens underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Forælder 1: \_\_\_\_\_

Forælder 2: \_\_\_\_\_

Unge over 15 år: \_\_\_\_\_



# Samtykkeerklæring

## Undertegnede

Navn (forælder 1): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Navn (forælder 2): \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Forældremyndighed      forælder 1       forælder 2       fælles

## Barnet

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### Giver samtykke til at, der må udveksles oplysninger med (sæt kryds) :

(Oplysningerne kan gå begge veje)

- Det rådgivende team
- Dagtilbud/skole
- Egen læge/speciallæge/behandlende sygehus
- Plejeforældre
- PPR i tidligere kommune (skriv hvilken kommune):
- Familierådgivningen: (skriv hvilken kommune):
- Familiehuset, Haderslev kommune
- Sundhedsplejen, Haderslev kommune
- Handicap og Psykiatri, Haderslev kommune
- Andre (skriv hvem): \_\_\_\_\_

**Aftale om hvilke oplysninger, der må udveksles (sæt kryds) :**

(Oplysningerne kan gå begge veje)

- Tale / Sprog
- Hørelse
- Syn
- Bevægelse/motorik
- Udvikling generelt
- Opmærksomhed/koncentration
- Sociale/følelsesmæssige vanskeligheder
- Adfærd/kontakt/trivsel
- Faglige vanskeligheder
- Skolestart
- Tosprog
- Andet

**Aftale om hvilket formål oplysningerne må videregives til:**

(Oplysningerne kan gå begge veje)

F.eks.: Afdække barnets vanskeligheder og ressourcer med henblik på at tilrettelægge den bedst mulige støtte, behandling eller undervisning for barnet/den unge.

Dato:

Underskrift:

Forældre 1: \_\_\_\_\_

Forældre 2: \_\_\_\_\_

Unge over 15 år: \_\_\_\_\_

Samtykkeerklæringen kan tilbagekaldes af forældre, hvis de ønsker det