**Indstillingsskema til Oralmotorisk Team**

**Udfyldelse af skema**

* Sæt X i de felter, som angiver, hvilke undersøgelser der er lavet, og hvilke beskrivelser, der følger med indstillingen.
* Medsend bilag med tydelig angivelse af tidspunkt for undersøgelse og udfører.
* Indstillingen, bilag og video sendes særskilt på sikker mail til [mona.andersen@rsyd.dk](mailto:mona.andersen@rsyd.dk)
* Sendes videoen pr. post, så skal den sendes anbefalet, på USB til iPad og/eller PC, til Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa att. Mona Fladskjær Andersen

|  |  |
| --- | --- |
| **Indstilling til Oralmotorisk Team** | |
| **Henvisende instans (navn, e-mail, tlf.):** | |
| **Kontaktinformationer:** | |
| **Barnets/personens navn og CPR-nr.:** | |
| **Evt. diagnose:** | |
| **Adresse:** | |
| **Forældre:** | **Tlf.:** |
| **Forældre:** | **Tlf.:** |
| **Samtykke er indhentet:** | |
| **Årsag til henvisningen:** | |
| **Anamnese** | **Bilag** |
| **Skema udfyldt af forældre (medsendes som bilag)** |  |
| **Aktuel status fra:**  **Husk at medsend bilag.** | **Bilag**  **(nr. + dato)** |
| **Talepædagog** |  |
| **Fysioterapeut (osteopat)** |  |
| **Ergoterapeut** |  |
| **Psykolog** |  |
| **Institution (vuggestue/dagpleje, børnehave, skole, andet)** |  |
| **Sygehus/læge** |  |
| **Tandlæge** |  |
| **Øjenlæge** |  |
| **ØNH-læge** |  |
| **Video** | |
| **Video af barnet (se videomanualen).** |  |