

1.8 bisherige Therapie und Förderung:
1.9 zusätzliche Hilfen (SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII):
1.10 Anmerkungen:

Pflegegrad	beantragt	<input type="checkbox"/>
	vorhanden	<input type="checkbox"/>
	Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/>
	Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/>
	Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/>
	Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/>
Grad der Behinderung	beantragt	<input type="checkbox"/>
	vorhanden	<input type="checkbox"/>

in folgender Höhe:

Besondere psychosoziale Situation in der Familie:

2. Ergebnisse der interdisziplinären Diagnostik

<input type="checkbox"/> Eingangsdagnostik	von: bis:
<input type="checkbox"/> Verlaufsdiagnostik	von: bis:
<input type="checkbox"/> Abschlussdiagnostik	von: bis:

Beteiligte Fachkräfte:

Arzt <input type="checkbox"/>	Heilpädagoge/ <input type="checkbox"/>	Psychologe/ <input type="checkbox"/>	medizinisch/therap. Fachkraft
Ärztin	in	in	Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/>
			Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/>
			Logopäde <input type="checkbox"/>
			Sonstige <input type="checkbox"/>

Förderplan- und Behandlungsplan / Entwicklungsbericht

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

2.1 Diagnostik		Verfahren und Ergebnis	
2.1.1 ärztliche Diagnostik		Datum der Testung:	
		Zeit:	
Arzt/Ärztin:			
Ergebnis			
Begründung:			
2.1.2 heilpädagogische Diagnostik		Datum der Testung:	
		Zeit:	
Pädagogische Fachkraft:			
Ergebnis			
Begründung:			
2.1.3 medizinisch-therapeutische Diagnostik		Datum der Testung:	
		Zeit:	
Therapeutische Fachkraft:			
Ergebnis			
Begründung:			
2.1.4 psychologische Diagnostik		Datum der Testung:	
		Zeit:	
Psychologische Fachkraft:			
Ergebnis			
Begründung:			
2.1.5 Zusammenfassung			
2.2 Zusammenfassung und Bewertung der diagnostischen Befunde			
2.2.1 interdisziplinäres Fallgespräch			
am:			
Teilnehmer:			
2.2.2 Verdachts-, bzw. definierte Diagnose:			

Förderplan- und Behandlungsplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

4. Schwerpunkte der Förderung und Behandlung/Therapie

Zeitraum:

4.1 Entwicklungsschwerpunkte	Zielbeschreibung	Ziel erreicht		
		ja	Teilweise	nein
<input type="checkbox"/> Grobmotorik				
<input type="checkbox"/> Feinmotorik				
<input type="checkbox"/> Wahrnehmung				
<input type="checkbox"/> Kognition				
<input type="checkbox"/> Kommunikation				
<input type="checkbox"/> Sprache				
<input type="checkbox"/> Mund- und Esstherapie				
<input type="checkbox"/> Spiel- und Lernverhalten				
<input type="checkbox"/> Verhalten und emotionale Entwicklung				
<input type="checkbox"/> Selbständigkeit				
<input type="checkbox"/> Umgang mit Hilfsmitteln				

4.2 Schwerpunkte der Elternberatung

<input type="checkbox"/> Elternanleitung	
<input type="checkbox"/> Gespräche über den Förderprozess	
<input type="checkbox"/> Entwicklungsberatung	
<input type="checkbox"/> Interaktionsberatung	
<input type="checkbox"/> Hilfen zur Unterstützung bei der Verarbeitung	
<input type="checkbox"/> Vermittlung weiterer Hilfsangebote	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

4.3 Beteiligung / Beratung anderer Personen oder Institutionen

<input type="checkbox"/> Kindergarten/ Anschrift:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Förderplan- und Behandlungsplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdiagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

5. Form der interdisziplinären Frühförderung

- Einzelförderung
- Gruppenförderung, Begründung: _____

6. Umfang der Leistungen

6.1 Therapien/Förderung 6.1.1. Physiotherapie <input type="checkbox"/> 6.2.2. Heilpädagogik <input type="checkbox"/> 6.2.3. Ergotherapie <input type="checkbox"/> 6.2.4. Logopädie <input type="checkbox"/> 6.2.5. Sonstiges <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Voraussichtliche Anzahl Fördereinheiten/Monat bei Komplexleistung <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">in IFF</td> <td style="text-align: center;">in IFF-SPZ</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/></td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/></td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/></td> <td>10 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7 <input type="checkbox"/></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> indikationsbezogene Einzelfallentscheidung (ist zu begründen)	in IFF	in IFF-SPZ	4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
in IFF	in IFF-SPZ												
4 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>												
5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>												
6 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>												
7 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>												
8 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>												
6.2 voraussichtliche Dauer der Komplexleistung Frühförderung													
6.3 Bewilligungszeitraum/beantragter Zeitraum													
6.4 Bemerkungen													

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortlicher Arzt)

Unterschrift (Einrichtung)

Antrag auf Leistungen sowie Schweigepflichtentbindung:

Hiermit beantrage(n) ich/wir Leistungen nach § 42 Sozialgesetzbuch IX in Form von Frühförderung als Komplexleistung für mein/unser Kind.

Hiermit stimme ich zu, dass alle hier aufgeführten, d.h. die für die Beantragung der Leistungen notwendigen Daten sowohl der zuständigen Krankenkasse als auch dem Sozialhilfeträger mitgeteilt werden dürfen.

Datum

Unterschrift Eltern/Personensorgeberechtigte(r)

an Krankenkasse weitergeleitet am:
an Sozialamt weitergeleitet am:

Förderplan- und Behandlungsplan / Entwicklungsbericht

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

