

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung

Eingangsdagnostik

Verlaufsdiagnostik

Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

4. Förder- und Behandlungsplanziele im Überblick

Entwicklungs- und Veränderungsziel I

Erhaltungs- und Stabilisierungsziel I

ICF Kodierung: _____

Entwicklungs- und Veränderungsziel II

Erhaltungs- und Stabilisierungsziel II

ICF Kodierung: _____

Entwicklungs- und Veränderungsziel III

Erhaltungs- und Stabilisierungsziel III

ICF Kodierung: _____

| | | |
|---|---|--|
| Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung | | |
| <input type="radio"/> Eingangsdagnostik | <input type="radio"/> Verlaufsdiagnostik | <input type="radio"/> Abschlussdiagnostik |
| Name, Vorname des Kindes: | | geb. am: |

5. Empfehlung zur Maßnahmenplanung

- a. heilpädagogische Frühförderung notwendig / empfohlen (wenn ja, dann Pkt. 5.a ausfüllen)
- b. Komplexleistung notwendig / empfohlen (wenn ja, dann Pkt. 5.b ausfüllen)
- c. andere Maßnahmen notwendig / empfohlen (wenn ja, dann Pkt. 5.c ausfüllen)

Zu 5.a – Empfehlung für heilpädagogische Frühförderung

| | Leistungseinheiten / Woche | Gesamtkontingent im Bewilligungszeitraum | Empfohlener Förder- und Behandlungszeitraum (frühestens ab spätestens bis) |
|---------------|----------------------------|--|--|
| Heilpädagogik | | | |

Zu 5.b – Empfehlung für interdisziplinäre Maßnahmen zur Komplexleistung i.S.d. §§ 5, 6, 6a Früh-V
 (kindbezogene und familienbezogene Leistungen können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität erfolgen)

| Komplexleistung mit Schwerpunkt | Leistungseinheiten / Woche | Gesamtkontingent im Bewilligungszeitraum | Empfohlener Förder- und Behandlungszeitraum (frühestens ab spätestens bis) |
|---------------------------------|----------------------------|--|--|
| Heilpädagogik | | | |
| Physiotherapie | | | |
| Ergotherapie | | | |
| Logopädie | | | |
| Sonstige Maßnahmen | | | |

Begründung:

Als durchzuführende Einrichtung zur Erbringung der Komplexleistung wird empfohlen:

Interdisziplinäre Frühförderstelle _____

Überregionale interdisziplinäre Frühförderstelle (Hören, Sehen, Autismus) _____

Sozialpädiatrisches Zentrum _____

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung Eingangsdagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

Zu 5.c Empfehlungen für andere Einrichtungen / Maßnahmen

- Teilhabe in Kita
- Physiotherapeutische Praxis
- Logopädische Praxis
- Ergotherapeutische Praxis
- Psychotherapeutische Praxis
- Leistungen nach SGB VIII
- Andere: _____

6. Zusätzliche Empfehlungen

(Beantragung z. B. Pflegegrad, Hilfsmittel, Schwerbehindertenausweis)

7. Zeitraum erforderliche Überprüfung halbjährlich jährlich_____
Ort, Datum_____
Erziehungsberechtigte / Vormund
(Ausfertigung erhalten)_____
Verantwortliche Ärztin/
verantwortlicher Arzt_____
verantwortliche
heilpädagogische Fachkraft

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung Eingangsdagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes: _____

geb. am: _____

weitergeleitet an:

 Träger der Eingliederungshilfe Träger der Jugendhilfe Krankenkasse Andere: _____

am: _____

durch: (Name, Funktion) _____

Anlagen: _____

Optional s. Erläuterungen im Manual:

Zuständigkeitsfeststellung – nur vom Rehabilitationsträger auszufüllen:

Zuordnung zum Personenkreis

 SGB IX Teil I SGB VIII Krankenkasse Sonstiges _____

Teilhabeeinschränkung liegt vor

 ja neinBegründung: _____

Datum, Stempel, Unterschrift des Rehabilitationsträgers