

Anlage 1a
(zu § 5 der Anlage 1)

**Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan
gemäß § 7 Frühförderungsverordnung**

Muster

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung **Eingangsdagnostik** **Verlaufsdagnostik** **Abschlussdiagnostik**

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

Angaben zur durchführenden
Einrichtung (Interdisziplinäre
Frühförderstelle, Überregionale
Interdisziplinäre Frühförderstelle):

Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan gemäß § 7 Frühförderungsverordnung

1. Grunddaten

Name des Kindes:

Geschlecht:

 männlich weiblich divers

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnanschrift:

Staatsangehörigkeit:

ggfs. Aufenthaltsstatus:

vorherrschende Sprache des Kindes / Familie:

1.1 Sorgerechtssituation**Sorgerechtssituation:** alleinig gemeinsam**Umfang der elterlichen Sorge:**

Name der 1. erziehungsberechtigten Person:

 vollumfänglich oder Teile der Sorge:

Amtsvormundschaft / Amtspflege:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung **Eingangsdagnostik** **Verlaufsdagnostik** **Abschlussdiagnostik**

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

Name der 2. erziehungsberechtigten Person: Amtsvormundschaft / Amtspflege: Geburtsdatum: Adresse: E-Mail: Telefon:	Umfang der elterlichen Sorge: <input type="radio"/> vollumfänglich <input type="radio"/> oder Teile der Sorge:
---	---

1.2 Angaben zu Geschwistern

Geschwister	Geburtsjahr	Im Haushalt lebend	
		ja	nein
1.			
2.			
...			

1.3 Weitere Bezugspersonen und Besonderheiten

Weitere Bezugspersonen für das Kind (z. B. engerer Verwandtschaftskreis, Erzieherin oder Erzieher):
Besonderheiten:

1.4 Weitere Angaben zum Kind

Behandelnde Vertragsärztinnen oder -ärzte: Krankenkasse: Versicherten-Nummer: Familienversichert bei wem: (Bisher) zuständiger örtlicher Träger der Eingliederungshilfe* / Träger der Jugendhilfe*:
--

(* – Zutreffendes unterstreichen)

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung Eingangsdagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

1.5 Bereits in Anspruch genommene* bzw. beantragte* Leistungen / Heilmittel

(* – Zutreffendes unterstreichen)

(z. B. Logo-, Ergo-, Physiotherapie einschl. (kinder-)ärztlicher Leistungen, psychosozialer Leistungen, heilpädagogischer Leistungen, Pflegeleistungen, integrativer Maßnahmen, sozialpädagogischer Familienhilfe)

Bereits in Anspruch genommene bzw. beantragte Leistungen:	Zeitraum der Inanspruchnahme bzw. Zeitraum der Beantragung:

1.6 Aktuelle Betreuungssituation (* – Zutreffendes unterstreichen) Betreuung zu Hause Kita* / Kindertagespflegestelle* (Name, Adresse, Telefon)

_____ Betreuungszeitraum: _____

 Sonstige genutzte Angebote:

_____ Betreuungszeitraum: _____

2. Interdisziplinäres Fachgespräch

Optional: Fortschreibung des Förder- und Behandlungsplanes vom _____

2.1 Beteiligte Professionen / Institutionen

Name, Vorname	Profession / Institution

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung

Eingangsdagnostik

Verlaufsdagnostik

Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

2.2 Beruht die (drohende) Beeinträchtigung auf einem Verschulden Dritter
(z. B. Unfall oder Impfschaden etc.)?

ja

Unfall: _____

Impfschaden: _____

Sonstiges (z. B. Angriff): _____

nein

2.3 Schwerbehindertenausweis / Pflegegrad / Merkzeichen

Schwerbehindertenausweis vorhanden? ja nein beantragt

Grad der Behinderung: _____ %

Merkzeichen: B BI G aG H RF

Pflegegrad vorhanden: 0 1 2 3 4 5

Hilfsmittel vorhanden, wenn ja welche: _____

2.4 Nahm das Kind in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja, welche: _____

Notfallmedikamente, welche: _____

3. Beschreibung der Funktionsfähigkeit des Kindes (ICF-CY)

3.1 Familiäre Situation und Wünsche

(Sichtweise des Kindes / der Erziehungsberechtigten / der Familie)

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung **Eingangsdagnostik** **Verlaufsdagnostik** **Abschlussdiagnostik**

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

3.2 Beschreibung des Kindes (Personenbezogene Faktoren, innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung, Ressourcen, Fähigkeiten ...)

3.3 Relevante Umweltfaktoren des Kindes (Wohn- und Lebenssituation, Umfeld, Familie, Freunde, Fachleute, Sozialraum, Umwelt, Ressourcen, Fähigkeiten ...)

3.4 Diagnosen

Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code/ DSM-V	festgestellt durch	am

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung Eingangsdagnostik Verlaufsdiagnostik Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

3.5 Körperfunktionen und -strukturen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen vor? (ICF-Kodierung)	festgestellt durch	am

3.6 Aktivität und Teilhabe**Beachte:**

Für jeden unten angekreuzten Bereich (max. drei) muss die nächste Seite separat ausgefüllt werden (bitte bei Mehrfachnennungen entsprechend kopieren).

- d1 – Lernen und Wissensanwendung (d110-d199)
- d2 – Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d210-d299)
- d3 – Kommunikation (d310-d399)
- d4 – Mobilität (d410-d499)
- d5 – Selbstversorgung (d510-d599)
- d6 – Häusliches Leben (d610-d699)
- d7 – Interpersonelle Interaktion und Beziehungen (d710-d799)
- d8 – Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899)
- d9 – Gemeinschafts- und soziales Leben (d910-d999)

Interdisziplinäre Förder- und Behandlungsplanung und Bedarfsermittlung

Eingangsdagnostik

Verlaufsdagnostik

Abschlussdiagnostik

Name, Vorname des Kindes:

geb. am:

3.6 Aktivität und Teilhabe

- d1 – Lernen und Wissensanwendung (d110-d199)
- d2 – Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d210-d299)
- d3 – Kommunikation (d310-d399)
- d4 – Mobilität (d410-d499)
- d5 – Selbstversorgung (d510-d599)
- d6 – Häusliches Leben (d610-d699)
- d7 – Interpersonelle Interaktion und Beziehungen (d710-d799)
- d8 – Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899)
- d9 – Gemeinschafts- und soziales Leben (d910-d999)

Allgemeine Beschreibung

Veränderungswünsche des Kindes / der Erziehungsberechtigten / der Familie

Ausmaß der Aktivitäts- und / oder Teilhabebeeinträchtigung

- gar nicht leicht mäßig erheblich vollständig

Welche Fähigkeiten / Ressourcen stehen zur Verfügung?

Welche Beeinträchtigungen / Barrieren gibt es?

Wechselwirkung mit Körperfunktionen, -strukturen und / oder Kontextfaktoren

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		
<input type="radio"/> Eingangsdagnostik	<input type="radio"/> Verlaufsdagnostik	<input type="radio"/> 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 nein

Begründung: _____

Datum, Stempel, Unterschrift des Rehabilitationsträgers