

**Abgabe med.-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Frühförderung in externen Einrichtungen, die nicht zur Frühförderstelle gehören**

**Name und Anschrift der Kooperationspartner:**

1. Frühförderstelle: .....
2. Praxis: .....
3. Sonder-IK der Praxis: .....

**Name und Anschrift der externen Einrichtung (Kita):**

.....

**Belegungsplan:** (des für die Abgabe med.-therapeutischer Leistungen im Rahmen der Frühförderung genutzten Raumes bzw. der Räume)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa

Unterschrift Therapeut/in

.....

Unterschrift Einrichtung

.....

**Auflistung der vorhandenen Grundausrüstung**

Physiotherapie	Sprachtherapie	Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Behandlungsloge <input type="checkbox"/> Sprossenwand <input type="checkbox"/> Übungsgeräte (z.B. Gymnastik-ball, -bänder, Therapiekreisel, Keulen) <input type="checkbox"/> Therapiematten <input type="checkbox"/> Gymnastikhocker <input type="checkbox"/> Spiegel <input type="checkbox"/> Technische Möglichkeiten zur Eisenwendung <input type="checkbox"/> Laken, Tücher, Polster, Decken	<input type="checkbox"/> Artikulationsspiegel <input type="checkbox"/> Hilfsmittel zur Entspannungstherapie (z.B. Liegen, Matte) <input type="checkbox"/> Diagnostikmaterial <input type="checkbox"/> Therapeutisches Bild- und Spielmaterial <input type="checkbox"/> Material zu auditiven, visuellen, taktilen und taktilkiästhetischen Wahrnehmungen <input type="checkbox"/> Kassettenrecorder	<input type="checkbox"/> Therapiematte oder Liege <input type="checkbox"/> Arbeitstisch <input type="checkbox"/> Arbeitsstuhl <input type="checkbox"/> Werkstisch <input type="checkbox"/> Webrahmen mit Zubehör <input type="checkbox"/> Spiegel <input type="checkbox"/> Funktionelles Spielmaterial <input type="checkbox"/> Material zur taktilen, taktilkinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven und visuellen Wahrnehmung <input type="checkbox"/> Werkzeug und Materialien für Papp- u. Papierarbeiten, graph. Arbeiten, Modellierarbeiten, textile Techniken, Flechtarbeiten Holzarbeiten, Webarbeiten <input type="checkbox"/> Psychomotorisches Übungsmaterial <input type="checkbox"/> Schienenmaterial nach Bedarf

**Benennung des/der eingesetzten Therapeuten (Name und Berufsbezeichnung)**

.....

.....

**Bitte beifügen:**

- maßstabgetreue Raumskizze der Einrichtung mit genauen Größenangaben
- Berufsurkunden der/des dort tätigen Therapeuten
- ggf. Urkunden über weitere Qualifikationen (z.B. Bobath, Manuelle Therapie etc.)
- Kooperationsvertrag