

Förder- und Behandlungsplan gemäß § 7 der Frühförderungsverordnung für Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder vom 24. Juni 2003 zur Durchführung der Frühförderung gem. § 30 SGB IX

Name und Adresse der interdisziplinären Frühförderstelle:

Name des Kindes:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Krankenversicherungsnummer des Kindes:

zuständige Krankenkasse:

Kommunaler Kostenträger:

durchgeführte Diagnostik :

Ärztliche Diagnose (nach ICD 10):

Ergebnis der ärztlichen Diagnostik:

Ergebnis der medizinisch-therapeutischen Diagnostik

Ergebnis der pädagogischen Diagnostik:

Bei Bedarf werden weitere Fachprofessionen zur Diagnostik hinzugezogen:

An der Eingangsdiagnostik beteiligte Fachkräfte

Arzt

(Name und Anschrift)

Pädagoge:

(Name)

Therapeut (en):

(Name und Anschrift)

Sonstige,

Profession, Name und Anschrift

Ergebnis der Diagnostik/Empfehlung für:

- Maßnahmen gem. §§ 53/54 SGB XII i.V.m. § 56 SGB IX ausreichend
 - Heilmittel gem. SGB V ausreichend
 - Behandlung im SPZ notwendig
 - Komplexleistung gem. § 30 SGB IX in/durch IFF
- Begründung:**

sonstiges

Maßnahmen und Ziele der Komplexleistung Frühförderung:

gemeinsame Ziele:

.....

.....

.....

Geplante Maßnahmen:

- Einzelförderung**
- Gruppenförderung**

Heilpädagogische Maßnahmen:

- Sozial- und sonderpädagogische Hilfen
- psychologische Hilfen
- psychosoziale Hilfen
- Familienorientierte Frühförderung
- Spielgruppe für Eltern und Kind
- Gesprächsgruppe für Eltern
- pädagogisch/psychologische Beratung Eltern
- pädagogische/psychologische Beratung Kindergarten
- Sprachförderung (insbesondere bei Sprachentwicklungsverzögerung ohne Krankheitswert aufgrund soziokultureller bzw. umweltbezogener Faktoren)
- Psychomotorik

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen:

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie

Ggf. weitere Anmerkungen:

Nur bei Durchführung med. - therap. Maßnahmen anzugeben:
Ort der Durchführung:

IFF (IK □□□□□□□□)

Kindergarten

Name und Anschrift des Kindergartens:

Praxis des Kooperationspartners der IFF (IK □□□□□□□□)

Name und Anschrift der Praxis:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt

Ort, Datum

Stempel Unterschrift IFF

Bei Kooperationen:

Ort, Datum

Stempel Unterschrift Praxis/Kooperationspartner