

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name, Anschrift und IK der IFF/des SPZ
--

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift des Kindes		

Förder- und Behandlungsplan gemäß § 7 FrühV (Zutreffendes ankreuzen, in Druckschrift ausfüllen)
zur Förderung und Behandlung noch nicht eingeschulter behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder als ganzheitliche Komplexleistung

I Allgemeiner Teil (von IFF/SPZ auszufüllen)

Erstantrag Änderungs-/Fortsetzungsantrag

1. Grunddaten

1.1. Persönliche Angaben der/des Eltern/Personensorgeberechtigten

	Mutter	Vater
Name/Vorname		
Anschrift (falls abweichend von der Adresse des Kindes)		
Telefon/ E-Mail (freiwillige Angabe)		
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*

*Name/Vorname und Anschrift des Personensorgeberechtigten (soweit abweichend)

1.2. Kindertageseinrichtung/ schulvorbereitende Einrichtung

Name	Anschrift	Tel./Fax
		E-Mail (soweit vorhanden)

Name, Vorname des Kindes	geb. am
	Versicherten-Nr.

1.3. verantwortlicher Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Name	Anschrift	Tel./Fax
		E-Mail (soweit vorhanden)

1.4. sonstige bekannte Ansprüche des Kindes (z. B. Unfallversicherung)

--

Datum, Unterschrift, Stempel der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) /Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Kindes		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Name, Anschrift und IK der IFF/des SPZ
--

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Anschrift des Kindes		

II Medizinischer Teil (vom verantwortlichen Arzt auszufüllen)

2. Anamnese und Diagnostik durch den behandelnden Arzt

2.1. klinische Anamnese

insb. frühkindliche Entwicklung, störungsspezifische Ursachen, medizinische Behandlungen (ggf. bereits vorliegende Befunde bitte als Anlage beifügen)

--

2.2. bisherige Behandlungen/Förderungen/medikamentöse Behandlungen

Erfolgen zurzeit oder erfolgten bisher Behandlungen/Förderungen, ggf. welche:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verordnung von Heilmitteln | <input type="checkbox"/> Integrative Kita |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Förderung in IFF | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Kita/ Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Förderung im SPZ | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| <input type="checkbox"/> laufende medikamentöse Behandlung (sofern für die geplante Komplexleistung von Bedeutung) | |

Wurde in den letzten 12 Monaten bereits eine Komplexleistung nach § 30 SGB IX im SPZ oder einer IFF bewilligt?

Ja Nein

Name, Vorname des Kindes	geb. am
	Versicherten-Nr.

2.3 Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen

2.4. Entwicklungsstand/Befund

- Grob- und _____
Feinmotorik _____
- Perzeption/ _____
Kognition _____
- Sprache/Sprach- _____
verständnis _____
- Konzentration/ _____
Aufmerksamkeit _____
- Sozial- _____
emotionale _____
Entwicklung _____

2.5. Leistungsbegründende Diagnose nach ICD 10/weitere Befunde (soweit sie für die geplante Komplexeleistung von Bedeutung sind)

Name, Vorname des Kindes		geb. am
	Versicherten-Nr.	

2.6. Vorgeschlagene medizinisch-therapeutische Leistungen

2.6.1 Physiotherapie

Bezeichnung der Leistung:

Leitsymptomatik:

Therapieziel:

Verordnungsmenge (Gesamtanzahl)	empfohlene Frequenz (min. – max.)	Einzelbehandlung/-förderung	Gruppenbehandlung/-förderung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/> x Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> mobile Leistungserbringung aus fachlichen und/oder organisatorischen Gründen	

2.6.2 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Bezeichnung der Leistung:

Leitsymptomatik:

Therapieziel:

Verordnungsmenge (Gesamtanzahl)	empfohlene Frequenz (min. – max.)	Einzelbehandlung/-förderung	Gruppenbehandlung/-förderung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis <input type="checkbox"/> x Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> mobile Leistungserbringung aus fachlichen und/oder organisatorischen Gründen	

Name, Vorname des Kindes		geb. am
	Versicherten-Nr.	

2.6.3 Ergotherapie

Bezeichnung der Leistung:

Leitsymptomatik:

Therapieziel:

Verordnungsmenge (Gesamtanzahl)	empfohlene Frequenz (min. – max.)	Einzelbehandlung/-förderung	Gruppenbehandlung/-förderung
<input type="text"/>	<input type="text"/> bis <input type="text"/> x Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> mobile Leistungserbringung aus fachlichen und/oder organisatorischen Gründen	

Datum, Stempel/ Unterschrift des verantwortlichen FA für Kinder- und Jugendmedizin

Name, Vorname des Kindes	geb. am
Versicherten-Nr.	

III Heilpädagogischer Teil (von verantwortlicher heilpädagogischer Fachkraft auszufüllen)

3.1. Entwicklungsstand und Zielbereiche der Förderung nach ICF-CY

	Entwicklungsstand mit Kodierung	Ziele
Lernen und Wissensanwendung		
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		
Kommunikation		
Mobilität		
Selbstversorgung		
Häusliches Leben		
Interpersonelle Beziehungen		
Bedeutende Lebensbereiche (Betätigung / Spiel)		
Gemeinschaftsleben		

3.2. Kontextfaktoren (umweltbezogen, personenbezogen) nach ICF-CY

--

Name, Vorname des Kindes		geb. am
	Versicherten-Nr.	

3.3. vorgeschlagene heilpädagogische Leistungen

Verordnungsmenge
(Gesamtanzahl)

empfohlene Frequenz
(min. – max.)

bis x Monat

Einzelbehandlung/-förderung

Gruppenbehandlung/-förderung

mobile Leistungserbringung

Datum, Unterschrift der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft der IFF/SPZ

Name, Vorname des Kindes	geb. am
	Versicherten-Nr.

IV Erbringung der Komplexleistung (vom verantwortlichen Arzt und verantwortlicher heilpädagogischer Fachkraft gemeinsam auszufüllen)

4.1. Eine Komplexleistung als Rehabilitationsmaßnahme ist

- nicht** erforderlich: **erforderlich (nur wenn medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Komplex erforderlich sind)**

ggf. sonstige Empfehlung (unter Angabe des Zeitraums)

4.2. Förder- und Behandlungsziel sowie Begründung der Komplexleistung:

4.3. Voraussichtliche Dauer der Komplexleistung (max. 12 Monate):

vom: ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

4.4. Die Komplexleistung wird in Verantwortung und Koordination durchgeführt

- durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum **oder** durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle

Name/Anschrift der Einrichtung (falls abweichend zu Seite 1)

.....

.....

4.5. Mitwirkungspflicht der Eltern/Personensorgeberechtigten

Leistungsberechtigte sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich.

Sie als Eltern/Personensorgeberechtigten sollen durch aktives Mitwirken die Behandlung und damit die Rehabilitation Ihres Kindes unterstützen.

Kommen Sie als Eltern/Personensorgeberechtigten Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann das gravierende Folgen haben. Die Kostenträger sind bei fehlender Mitwirkung sogar verpflichtet, die Komplexleistung zu beenden. Daher bitten wir Sie, die Behandlungstermine unbedingt einzuhalten. Sollten Sie aus einem wichtigen Grund einen Termin nicht wahrnehmen können, setzen Sie sich bitte umgehend mit Leistungserbringer in Verbindung.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

Name, Vorname des Kindes		geb. am
	Versicherten-Nr.	

4.6. Datenschutz für die am Verfahren Beteiligten

Der Förder- und Behandlungsplan sowie die Befunde für Ihren Antrag auf Komplexleistung Frühförderung gemäß § 46 SGB IX werden zum Zweck der Beratung, Begutachtung und Entscheidung zwischen der Krankenkasse und dem Träger der Eingliederungshilfe weitergeleitet, abgestimmt und nach eventueller Hinzuziehung des zuständigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), an den Leistungserbringer (SPZ, IFF) weitergegeben und von diesen verarbeitet. Die Weitergabe und Verarbeitung erfolgt nur in dem für die Bearbeitung erforderlichen Umfang und erst, wenn Sie eingewilligt haben. Die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der Krankenkasse oder dem Träger der Eingliederungshilfe wahrnehmen. Ebenso können Sie den Widerruf elektronisch übersenden.

**Datum, Stempel/Unterschrift
des verantwortlichen FA für
Kinder- und Jugendmedizin**

**Datum, Unterschrift
der verantwortlichen
pädagogischen Fachkraft**

**Datum, Unterschrift
der Eltern/des Personen-
sorgeberechtigten**

Name, Vorname des Kindes		geb. am
	Versicherten-Nr.	

4.7. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Beantragung einer Komplexeleistung Frühförderung für meinen Sohn/ Tochter

- Hiermit willige ich ein, dass die Rehabilitationsträger, die Daten im Förder- und Behandlungsplan zur Bewilligung einer Komplexeleistung erheben und verarbeiten.
- Hiermit willige ich außerdem darin ein, dass die Krankenkasse den Förder - und Behandlungsplan und die notwendigen Befunde, für den Zweck der Beratung und Begutachtung an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weitergeben darf.
- Hiermit willige ich außerdem ein, dass die Rehabilitationsträger den Förder- und Behandlungsplan an den jeweils anderen Rehabilitationsträger, für den Zweck der Abklärung des individuellen Hilfebedarfs und dem Leistungserbringer (Sozialpädiatrisches Zentrum, Interdisziplinäre Frühförderstelle) für den Zweck der Leistungserbringung weitergeben dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

Name, Vorname des Kindes	geb. am
	Versicherten-Nr.

V Entscheidung des Rehabilitationsträgers

Der Förder- und Behandlungsplan wird genehmigt von ____-____-____ bis ____-____-____

Der Förder- und Behandlungsplan wird mit folgenden Änderungen genehmigt (ggf. als Anlage):

Der Förder- und Behandlungsplan wird nicht genehmigt.

Begründung der Ablehnung:

ggf. Anlagen

.....
Datum

.....
Name, Telefon des Bearbeiters

.....
Unterschrift /Stempel des
Rehabilitationsträgers