

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

## Anlage 2

### Förder- und Behandlungsplan gemäß § 7 FrühV

- Ersterstellungsplan**  
 **Folgebehandlungsplan**

#### 1. Grunddaten (durch die IFF auszufüllen)

##### 1.1. Persönliche Angaben der Eltern bzw. des Personensorgeberechtigten

Mutter: Name / Vorname	Vater: Name / Vorname	Personensorgeberechtigter: Name / Vorname
Wohnanschrift	Wohnanschrift	Wohnanschrift
Tel. / Fax	Tel. / Fax	Tel. / Fax

##### 1.2 Kindertageseinrichtung / Schulvorbereitende Einrichtung

Name	Anschrift	Tel. / Fax
		E-Mail

##### 1.3 Hausarzt / Kinderarzt

Name	Anschrift	Tel. / Fax
		E-Mail

##### 1.4 Behandelnder Arzt (zuständig für Förder- und Behandlungsplanung)

Name	Anschrift	Tel. / Fax
		E-Mail

**2. Anamnese und Diagnostik durch den behandelnden Arzt****2.1 Anamnese****2.2 Entwicklungsstand insbesondere (Zutreffendes ankreuzen)**

- Grobmotorik - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Feinmotorik - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Perzeption/  
Kognition - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Sprache/Sprach-  
verständnis - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Konzentration/  
Aufmerksamkeit - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Kontakt-  
verhalten - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Sozialverhalten - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_
- Emotionalität - Entwicklungsstand: \_\_\_\_\_  
- Fähigkeitsstörung: \_\_\_\_\_

**2.3 Weitere Befunde (soweit sie für die geplante Komplexleistung von Bedeutung sind)****2.4 Leistungsbegründende Diagnosen nach ICD 10**

**2.5. Laufende medikamentöse Behandlung (soweit dies für die geplante Komplexleistung von Bedeutung ist)**

**2.6. Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen**

**3. Medizinisch-therapeutische Leistungen (vom Arzt auszufüllen)**

Heilmittel in Form von:

		Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung	Behandlungs- dauer
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik/ Physiotherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate
<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate

medizinisch-therapeutische Leistungen sind mobil im häuslichen Umfeld  
erforderlich mit \_\_\_ BE\*

Begründung: \_\_\_\_\_

\*(BE = Behandlungseinheit / 60 Minuten)

**4. Handlungsempfehlungen an Eltern und weitere Bezugspersonen im häuslichen Umfeld - Einschätzung des Arztes**

**5. Heilpädagogische Leistungen (von heilpädagogischer Fachkraft auszufüllen)****5.1 Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen auf der Grundlage der heilpädagogischen Diagnostik****6. Empfohlene heilpädagogische Leistungen**

Einzelförderung    Gruppenförderung    Förderdauer

Heilpädagogische Leistungen mit pädagogischen Mitteln            \_\_\_\_ Monate

in den Schwerpunkten:

- Wahrnehmungsförderung     Verhaltensmodifikation
- Sprach- und Kommunikationsförderung     Psychomotorikförderung
- \_\_\_\_\_

**7. Handlungsempfehlungen an Eltern und weitere Bezugspersonen im häuslichen Umfeld - Einschätzung der heilpädagogischen Fachkraft**

**8. Förder- und Behandlungsziele**

**9. Ort der Leistungserbringung**

Adresse der Einrichtung

---

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
behandelnder Arzt Stempel/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kenntnisnahme der Eltern /  
Personensorgeberechter

\_\_\_\_\_  
verantwortlicher Heilpädagoge  
Stempel/Unterschrift

**Anmerkungen:** Punkt 1 und Punkt 5-9 von IFF auszufüllen  
Punkt 2 bis 4 durch Arzt auszufüllen