

Name:

Versichertennummer:

## Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan

Nach § 10 der Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein ist diese Form des Förder- und Behandlungsplanes zwingend zu nutzen. Änderungen sind nicht vorzunehmen und bei Bedarf gegebenenfalls durch den Vertragsausschuss abzustimmen.

Erstdiagnostik

Verlaufsdiagnostik

Abschlussdiagnostik

### 1. Personenbezogene Daten (Kind):

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Krankenkasse	
Kostenträgerkennung	
Zuständiger EGH-Träger	
Kita/Krippe/Tagespflege	
Kinder- und Jugendärztin:arzt/ Hausärztin:arzt	
Pflegegrad / Grad der Behinderung	

### Personenbezogene Daten (Personensorgeberechtigte:r):

	Mutter	Vater	andere sorgeberechtigte Personen
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse (falls abweichend)			
Telefon			
E-Mail			
Sorgerecht			

### Bei Aufenthalt in einer Pflegefamilie oder stationären Wohnform:

Name, Vorname / Name der Einrichtung	
Adresse	
Telefon / E-Mail	
Aufenthalt seit	
Gesetzliche:r Betreuer:in	

\*vorrangig bei Verlaufsdiagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit

Name:

Versichertennummer:

**2. Vorliegende Unterlagen:**

- Impfausweis       Vorsorgeheft

Art	Herkunft	Datum der Untersuchung
Arztbriefe		
Berichte		

**3. Bisher erbrachte oder derzeitige Leistungen der EGH/Heilmittel/Therapien:**

**4. An der Diagnostik beteiligt:**

- Kinder- und Jugendärztin/arzt, Ärztin/Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Frühförderfachkraft       Ergotherapeut:in       Logopäd:in
- Psycholog:in       Fachkraft der EGH       Physiotherapeut: in
- \_\_\_\_\_

**5. Diagnosen (ICD-10):**

ICD-Codierung <u>und</u> med. Diagnose

**6. Relevante anamnestische Daten:**

\*vorrangig bei Verlaufsdiagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit

Name:

Versichertennummer:

**7. Durchgeführte medizinische und heilpädagogische Diagnostik:**

Testverfahren	<input type="checkbox"/> ET 6 – 6 R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Entwicklungsbereich</b>	<b>Ergebnis</b>
<input type="checkbox"/> Körpermotorik	
<input type="checkbox"/> Handmotorik	
<input type="checkbox"/> Kognition	
<input type="checkbox"/> Sprache	
<input type="checkbox"/> Verhalten	
<input type="checkbox"/> weitere	
<b>Relevante Körperliche Untersuchungsbefunde</b>	

**8. Beschreibung der Körperfunktionen und der Körperstrukturen anhand der ICF:**

Körperstruktur (s)	Körperfunktion (b)	Skalierung	Beschreibung

**9. Beschreibung der Aktivitäten und der Teilhabe des Kindes (nach ICF/d):**

ICF/d	Skalierung	Beschreibung
Ergänzende Beschreibung		

\*vorrangig bei Verlaufsdiagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit

Name:

Versichertennummer:

**10. Beschreibung der Ressourcen und Barrieren anhand der Kontextfaktoren/Umweltfaktoren der ICF\*:**

**11. Wünsche und Erwartungen der Personensorgeberechtigten:**

**12. Ziele der Komplexleistung:**

Auszufüllen, wenn Komplexleistung empfohlen wird. Orientiert an Aktivität und Teilhabe i. S. d. ICF

<b>Lebensbereiche nach ICF</b>	<b>Förder- und Teilhabeziele</b> Entwicklungs- und Veränderungsziele und/oder Erhaltungs- und Stabilisierungsziele	<b>entfällt</b>
<input type="checkbox"/> Lernen und Wissensanwendung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allgemeine Aufgaben und Anforderungen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kommunikation		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mobilität		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Selbstversorgung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Häusliches Leben		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen:		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bedeutende Lebensbereiche		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gemeinschaft/soziales Leben		<input type="checkbox"/>

**12a. ergänzende Ziele der Komplexleistung aus den Bereichen der ICF-CY s, b, e** **entfällt**

\*vorrangig bei Verlaufsdagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit

Name:

Versichertennummer:

**13. Folgende Leistungen werden beantragt:**

keine Komplexleistung (dann weiter bei 13c.)

Komplexleistung:

13a. Leistungsart	im Umfang von (FL-Einheit** pro Quartal)	mobil (m)/ ambulant (a)	Einzelförderung	Gruppenförderung
Heilpädagogik				
Logopädie				
Ergotherapie				
Physiotherapie				

**13b. Zeitraum der Förderung:**

**13c. Weitere Empfehlungen:**

zu weitergehender Diagnostik:

- HNO / Pädaudiologische – ärztl. Diagnostik:
  - zentral  peripher
- Augenärztliche Diagnostik
  - Sehschule
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnostik
- Psychologische Diagnostik
- umfassende Entwicklungsdiagnostik
  - SPZ
- Antrag GdB
- weitere

---

zu Rehabilitationsmaßnahmen:

zum pflegerischen Bedarf:

- Antrag/Überprüfung Pflegegrad

zu Hilfsmitteln:

zum psychosozialen Bedarf:

\*vorrangig bei Verlaufsdiagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit

Name:

Versichertennummer:

wenn keine Komplexleistung:

Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Heilpädagogik

weitere:

**14. Ursache der festgestellten Problematik des Kindes ist:**

Unfall  Impfung  Gewalttat

**15. Feststellung:**

Der\*Die Kinder- und Jugendarzt:ärztin, Ärztin /Arzt des ÖGD sieht die Voraussetzungen nach § 46 SGB IX als erfüllt an:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Frühförderfachkraft

\_\_\_\_\_  
Kinder- und Jugendarzt:ärztin, Ärztin /Arzt des ÖGD

\_\_\_\_\_  
Therapeut:in

Ich/Wir wurde/n über die Ergebnisse der Diagnostik informiert. Der vorliegende Förder- und Behandlungsplan ist mit mir/uns besprochen worden. Ich/Wir beantragen die Leistung für mein/unser Kind.

\_\_\_\_\_  
Personensorgeberechtigte

Geprüft durch Leistungsträger am: \_\_\_\_\_

Kostenübernahme der Leistung genehmigt (entsprechend Förder- und Behandlungsplan)

\_\_\_\_\_  
Träger der Eingliederungshilfe

\_\_\_\_\_  
GKV

\*vorrangig bei Verlaufsdagnostiken auszufüllen

\*\*Fachleistungseinheit