**Anlage 2:**

**Formular Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan**

Erstdiagnostik Verlaufsdiagnostik

**Personenbezogene Daten (Kind):**Name, Vorname
Geb.
Wohnhaft
Krankenkasse / Kassennr.
Status
Versichertennummer
Zuständiger Eingliederungshilfeträger
Kita/Krippe/Tagespflege
Kinderarzt

**Pflegegrad / Grad der Behinderung-Merkzeichen:**

**Personenbezogene Daten (Erziehungsberechtigte):**Name, Vorname
Wohnhaft
Telefon

**Vorliegende Unterlagen:**Arztbriefe, Vorsorgeheft, Diagnostiken, ...

**Bisher erbrachte oder derzeitige Therapien:**

**An der Diagnostik beteiligt:**
Kinderärzt\*in im öffentlichen Gesundheitsdienst
Heilpädagog\*in
Physiotherapeut\*in
Ergotherapeut\*in
Logopäd\*in
Sozialpädagog\*in
Psycholog\*in

Fachkraft der EGH

**Relevante anamnestische Daten**z.B.: Frühgeburt, stationäre Aufenthalte, Erkrankungen, bisherige Therapien, Erkrankungen in der Familie, etc.

**Relevante Befunde der Eingangsdiagnostik**

**Bisherige Ziele und Ausmaß ihrer Erreichung (betr. nur Verlaufsdiagnostik)**

**Wünsche und Erwartungen der Erziehungsberechtivgten**

**Ziele des Kindes**

**Beschreibung der Körperfunktionen und der Körperstrukturen anhand der ICF**

**Beschreibung der Ressourcen und Barrieren (anhand der Kontextfaktoren/Umweltfaktoren der ICF)**

**Aktivitäten und Teilhabe in den Bereichen (nach ICF/ICF-CY):**Lernen und Wissensaneignung (d110-199)
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d210-299)
Kommunikation (d310-d399)
Mobilität (d410-d499)
Selbstversorgung (d510-d599)
Häusliches Leben (d610-d699)
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (d710-d799)
Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899)
Gemeinschaft, Soziales Leben (d910-d999)

**Welche Teilhabeeinschränkung ergibt sich daraus?**

**Welche Wechselbeziehungen bestehen zwischen Körperfunktionen, Körperstrukturen, Kontext- bzw Umweltfaktoren und den Aktivitäten des Kindes?**

**Diagnosen (ICD-10):**

**Folgende Ziele ergeben sich daraus** (4-5 Ziele, möglichst konkret anhand der ICF formuliert)?

**Folgende Leistungen ergeben sich daraus:**Komplexleistung mit:
Heilpädagogik im Umfang von mobil/ambulant

Physiotherapie im Umfang von mobil/ambulant

Ergotherapie im Umfang von mobil/ambulant

Logopädie im Umfang von mobil/ambulant

Psychologische Leistung im Umfang von mobil/ambulant

**Zeitraum und Ort der Förderung**

**Die Behinderung / Schädigung / Erkrankung geht zurück auf**Unfall
Impfung
Gewalttat

Weitere Empfehlungen:

**Der ÖGD sieht die Voraussetzungen nach § 46 SGB IX**

**wegen**

**X Behinderung X von Behinderung bedroht (in folgenden Bereichen…)**

**als gegeben an.**

Ort, Datum

Unterschrift pädagogische Fachkraft

Unterschrift Kinderärzt\*in des öffentlichen Gesundheitswesens

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Geprüft durch Leistungsträger am:

Kostenübernahme der Leistung (wie Förder- und Behandlungsplan) genehmigt
Unterschrift Eingliederungshilfeträger
Unterschrift GKV (bei Bedarf)