

Name, Vorname des Kindes: ,

LVR: GP-Nr. des Kindes:

LWL: ZAD-Nr. des Kindes:

KV-Nr. des Kindes:

Krankenkasse:

hier  
Logo Frühförderstelle

## Förder- und Behandlungsplan

Erstdiagnostik am hier Datum

Musterstraße 3  
12345 Musterstadt  
Telefon 0 47 11 - 12 34 56 78

### Allgemeine Angaben

	Kind	Elternteil 1	Elternteil 2
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse <small>(wenn abweichend vom Kind, auch Adresse der Eltern)</small>			
Tel.-Nr.			
Mobil-Nr.			
E-Mail			
Familienstand			
sorgeberechtigt		Auswahl treffen	Auswahl treffen
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Ausbildung, aktueller Beruf			

**Falls die Eltern nicht das Sorgerecht für das Kind haben  
oder das Kind z. Z. nicht bei den leiblichen Eltern lebt**

Angaben zum Vormund

Angaben zu den Pflegeeltern

**Bemerkungen** (z. B. Auskunftssperren)

**Name und Anschrift überweisende/r Kinderärztin/arzt oder Vertragsärztin/arzt**

**Bitte die vertragsärztliche Verordnung beifügen!**

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

## Anamnestische Basisinformationen

(basierend auf Aussagen der Eltern, U-Heft und vorliegenden Befunden)

<b>Vorstellungsanlass</b>

<b>Schwangerschaftsverlauf/Geburt</b>	
Geburtenfolge	
Schwangerschaftsverlauf	
Geburt	
neonataler und frühkindlicher Verlauf in den ersten Monaten	

<b>Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen</b>	
Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde (ggf. beigefügte Berichte bitte hier benennen)	
Medikamenteneinnahme	
• aktuell	
• im Verlauf (wenn relevant)	
Hilfsmittel (u. a. Brille, Einlagen, Hörgeräte, Pflegebett, Monitor, Sauerstoff, Stehbrett, Rollstuhl, Badehilfen)	
• aktuell	
• im Verlauf (wenn relevant)	
bisherige Heilmittel (Therapie) und Förderung (von – bis)	
laufende ärztliche und fachtherapeutische Untersuchungen und Behandlungen sowie laufende Heilmittel/Therapien und Förderungen	

<b>Familienanamnese</b>

<b>Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf ...</b>			
<b>Aktivität und Teilhabe</b>	<b>personenbezogene Faktoren</b>	<b>bedeutsame Umweltfaktoren</b> <i>(materiell, sozial und einstellungsbezogen, inklusive familiärer Rahmenbedingungen)</i>	<b>Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur</b>
aus Sicht der Eltern/Bezugspersonen			
aus Sicht der Kindertagesbetreuung			

<b>Informationen zur Kindertagesbetreuung</b>	
Kontaktdaten	
Besuch seit	
Wechsel des Betreuungsplatzes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Gruppenwechsel <input type="checkbox"/> Kita-Wechsel <input type="checkbox"/> Wechsel von Tagespflege in Kita

Name, Vorname des Kindes: ,  
Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

Anmerkungen dazu:		
Das Kind erhält bereits heilpädagogische Leistungen in der Kindertagesbetreuung		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (welche)	<input type="checkbox"/> geplant (welche)

<b>bereits vorhandene Leistungen und zusätzliche Hilfen</b>		
<input type="checkbox"/> SGB VIII (z. B. SPFH o. ä.)	<input type="checkbox"/> SGB IX (Assistenzleistung z.B. FUD)	<input type="checkbox"/> SGB V (z. B. häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V)
<input type="checkbox"/> SGB XI (häusliche Pflege wie z.B. Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> SGB IX (Behindertenausweis mit Merkzeichenangabe):	
<input type="checkbox"/> sonstiges:		

### Ergebnisse der Diagnostik

<b>ärztliche Diagnostik</b> (entwicklungsneurologische Befunde)	<b>durchgeführt am:</b>

<b>psychologische Diagnostik</b> (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten)	<b>durchgeführt am:</b>

<b>heilpädagogische Diagnostik</b> (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten)	<b>durchgeführt am:</b>

<b>medizinisch-therapeutische Diagnostik</b>	
<input type="checkbox"/> Logopädie	<b>durchgeführt am:</b>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<b>durchgeführt am:</b>
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<b>durchgeführt am:</b>

### Zusammenfassende Übersicht der Diagnostikergebnisse

<b>interdisziplinäres Fallgespräch</b>	<b>durchgeführt am:</b>
beteiligte Fachkräfte	
<b>zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der aktuellen Teilhabesituation auf der Basis der vorliegenden Informationen</b> (inkl. konkreter Veränderungswünsche des Kindes/der Eltern in Bezug auf die Teilhabesicherung)	
<b>Diagnose mit Diagnoseschlüssel ICD 10</b>	
<b>empfohlene Maßnahmen</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Komplexleistung Interdisziplinäre Frühförderung</b> (Details siehe „Ziele der Komplexleistung“)	

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

<input type="checkbox"/> heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Frühförderung
<b>Bemerkungen:</b>
<input type="checkbox"/> Vorstellung in Autismusambulanz/Autismustherapiezentrum
<input type="checkbox"/> folgende andere Unterstützungsmaßnahmen sind empfehlenswert
<input type="checkbox"/> sonstige heilpädagogische Maßnahmen nach SGB IX:
<input type="checkbox"/> Erbringung von Heilmitteln nach § 125 SGB IX <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum
<input type="checkbox"/> Förderung Schwerpunkt Sehen/Hören
<input type="checkbox"/> keine ergänzende Förderung erforderlich
<b>Bemerkungen:</b>
<input type="checkbox"/> sonstige Bemerkungen, ggf. Empfehlungen zu weitergehender Diagnostik
<b>Bemerkungen:</b>

<b>Ziele der Komplexleistung</b> (auszufüllen, wenn Komplexleistung empfohlen wird; orientiert an Aktivität und Teilhabe i. S. d. ICF)	
Lebensbereiche nach ICF	Förder- und Teilhabeziele (Entwicklungs- und Veränderungsziele und/oder Erhaltungs- und Stabilisierungsziele)
<input type="checkbox"/> <b>Lernen und Wissensanwendung</b> <i>(bewusste sinnliche Wahrnehmung und deren Verarbeitung, elementares Lernen, Anwendung von Erlerntem, Denken, Problemlösung, Treffen von Entscheidungen)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> <i>(Erledigung von Aufgaben, Einhalten der täglichen Abläufe, Umgang mit schwierigen Situationen/Stress)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Kommunikation</b> <i>(aktive Lautbildung, Singen, nonverbale und verbale Kommunikation, Reaktion, Erkennen und Verstehen von Kommunikationsangeboten)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Mobilität</b> <i>(Haltungsbewahrung, Haltungsverlagerung, Fortbewegung, Ausführung Grob- und Feinmotorischer Aktivitäten)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Selbstversorgung</b> <i>(Umsetzung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Bezug Körperpflege und Ernährung)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>häusliches Leben</b> <i>(Unterstützung/Mithilfe im Haushalt)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</b> <i>(Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen)</i>	
<input type="checkbox"/> <b>bedeutende Lebensbereiche</b> <i>(Teilhabe in den Bereichen Bildung und Erziehung)</i>	

Name, Vorname des Kindes: ,  
Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

<input type="checkbox"/> <b>Gemeinschaft/soziales Leben</b> <i>(Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie)</i>
---

<b>Fördereinheiten</b>	
geplante Anzahl (für 12 Monate bezogen auf alle Förder- und Therapieeinheiten)	
<b>Heilpädagogik (HP)</b>	
<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> nach Bedarf	Förderort: .....
<input type="checkbox"/> einzel <input type="checkbox"/> Gruppe <input type="checkbox"/> nach Bedarf	Förderfrequenz: .....
Bemerkungen:	
<b>medizinisch-therapeutisch (MT)</b>	
<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> nach Bedarf	Förderort: .....
<input type="checkbox"/> einzel <input type="checkbox"/> Gruppe <input type="checkbox"/> nach Bedarf	Förderfrequenz: .....
Bemerkungen:	
Die Komplexleistung wird grundsätzlich für zwölf Monate bewilligt. Abweichungen in der Beantragung bitte angeben und begründen:	

<b>abschließende Hinweise/sonstige Bemerkungen</b>

Köln, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Köln, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche/r Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung der IFF

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

### Erklärung der Personensorgeberechtigten zum Förder- und Behandlungsplan

Ich wurde/wir wurden über die Ergebnisse der (Eingangs-, Verlaufs- oder Abschluss-)Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung bei meinem/unserem Kind Vorname Nachname informiert worden.  
Der vorliegende Förder- und Behandlungsplan wurde mit mir/uns besprochen und ist mir/uns ausgehändigt worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

### Antrag auf Kostenübernahme

Hiermit beantrage ich/beantragen wir für unser Kind Vorname Nachname die Übernahme der Kosten für die Komplexleistung Frühförderung im Rahmen der Empfehlung lt. Förder- und Behandlungsplan vom DATUM. Zur weiteren Bearbeitung wird dieser Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger Landschaftsverband XXXXXXXXXX (LXX), XXXXXXXXXXXXXXXX XX, XXXXX XXXXXXXX weitergeleitet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

### Entbindung von der Schweigepflicht, Teil 1

Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Mitarbeiter\*innen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) Name der Frühförderstelle im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes Vorname Name, geb. 00.00.0000, sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

1. dem überweisenden Vertragsarzt

3.

2.

pp

und folgenden anderen, mit dem Kind befassten Stellen:

1.

3.

2.

pp

einholen kann. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die IFF von den o. g. Ärzten und von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind. Die medizinischen Befunde fließen in die Diagnostik und den Förder- und Behandlungsplan (FuB) ein und werden ggf. zusammen mit dem FuB an die Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse) weitergegeben. Der FuB wird als Grundlage für den Antrag an die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkasse) gesandt.

Diese Einverständniserklärungen können jederzeit formlos schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

### Entbindung von der Schweigepflicht, Teil 2

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Diagnostik und der Förder- und Behandlungsplan (FuB) (und ggf. externe Berichte, die im FuB benannt sind) an folgende Stellen übermittelt werden:

- die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkassen)
- den unter 1. genannten Arzt
- die mit der Schuleingangsuntersuchung beauftragte Stelle
- sonstige Stellen:

Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert.

**Der bewilligende Rehabilitationsträger informiert den jeweils anderen Rehabilitationsträger über den Antrag.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse im Rahmen der Frühförderung nach § 284 Abs. 1 SGB V i. V. m. 46 SGB IX i. V. m. der Frühförderverordnung (FrühV) vom 24.06.2003 erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z.B. bei den Leistungsansprüchen führen. In diesem Zusammenhang wird auf die datenschutzrechtlichen Hinweise (siehe Anlage) verwiesen.

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

hier  
Logo Frühförderstelle

## Anlage: Information zum Datenschutz

Liebe Eltern,

der Schutz der personenbezogenen Daten von Ihnen und Ihrem Kind ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Einrichtung Ihre Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

### 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die:

**IFF XXX**, vertreten durch die Geschäftsführung XXX, Musterstraße XXX, XXXXX Musterstadt, Tel. XXX, Fax XXX; E-Mail: XXXX

Wir haben einen externen betrieblichen Datenschutzbeauftragten bestellt:

Name  
Anschrift  
E-Mail

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Sie dient dazu, den Behandlungsvertrag für Ihr Kind zu erfüllen, den Sie als Sorgeberechtigte mit uns abgeschlossen haben. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und die Ihres Kindes, insbesondere dessen Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre bzw. die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie in die Übermittlung eingewilligt haben.

Empfänger der personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der zuständige Landschaftsverband (LVR oder LWL), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre und die personenbezogenen Daten Ihres Kindes nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über Ihre personenbezogenen Daten **Auskunft** zu erhalten. (Art. 15 EU-DSGVO)

Auch können Sie die **Berichtigung** unrichtiger Daten verlangen. (Art. 16 EU-DSGVO)

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf **Löschung** von Daten, das Recht auf **Einschränkung** der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. (Art. 17 und 20 EU-DSGVO)

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu **widersprechen**. (Art. 21 EU-DSGVO)

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu **beschweren**, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. (Art. 77 EU-DSGVO)

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Landesbeauftragter für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen**

Kavalleriestr. 2-4  
40213 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211/38424-0  
Fax: +49 (0) 211/38424-10  
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

### 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 Buchst. h DS-GVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BDSG. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.