|  |  |
| --- | --- |
| **Förder- und Behandlungsplan** |  |
| [x]  Abschlussdiagnostik am | hier Datum |  |
| **Allgemeine Angaben** |
|  | **Kind** | **Elternteil 1** | **Elternteil 2** |
|  | [ ]  **m** [ ]  **w** [ ]  **d** | [ ]  **m** [x]  **w** [ ]  **d** | [x]  **m** [ ]  **w** [ ]  **d** |
| **Name** |  |  |  |
| **Vorname** |  |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |  |  |
| **Adresse**(wenn abweichend vom Kind,auch Adresse der Eltern) |   |   |   |
| **Tel.-Nr.** |  |  |  |
| **Mobil-Nr.** |  |  |  |
| **E-Mail** |  |  |  |
| **Familienstand** |  |  |  |
| **sorgeberechtigt** |  |  |  |
| **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** |
|  |

|  |
| --- |
| **Anamnestische Basisinformationen****(basierend auf Aussagen der Eltern, U-Heft und vorliegenden Befunden)****Die Informationen aus den vorherigen Förder- und Behandlungsplänen vom** hier Datum werden als bekannt vorausgesetzt.Im Folgenden werden nur Veränderungen und aktuelle Ergänzungen zur Anamnese eingefügt. |
| **Vorstellungsanlass** |
| Abschließende Beurteilung von Förderverlauf, aktuellem Stand der Teilhabe und ggf. weitere Empfehlungen |

|  |
| --- |
| **Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen** |
| **Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde** **seit letztem FUB** *(ggf. beigefügte Berichte bitte hier benennen)* |
|  |
| **Medikamenteneinnahme** |
| * **aktuell**
 |  |
| * **seit letztem FUB (wenn relevant**)
 |  |
| **Seit letztem FUB neue Hilfsmittel** *(u. a. Brille, Einlagen, Hörgeräte, Pflegebett, Monitor, Sauerstoff, Stehbrett, Rollstuhl, Badehilfen)* |
| * **aktuell**
 |  |
| * **im Verlauf (wenn relevant**)
 |  |
| **seit letztem FUB neu hinzugekommene Heilmittel****(Therapie) und Förderung (von – bis)** |  |
| **laufende ärztliche und fachtherapeutische Untersuchungen und Behandlungen** |
|  |

|  |
| --- |
| **Familienanamnese** (falls Ergänzungen zu vorherigen FUBs notwendig) |
|  |

|  |
| --- |
| **Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf …** |
| **Aktivität und Teilhabe** | **personenbezogene Faktoren** | **bedeutsame Umweltfaktoren***(materiell, sozial und einstellungsbezogen, inklusive familiärer Rahmenbedingungen)* | **Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur** |
| **aus Sicht der Eltern/Bezugspersonen** |
|  |
| **aus Sicht der Kindertagesbetreuung (sofern vorhanden)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Informationen zur Kindertagesbetreuung** |
| **Kontaktdaten** | , ,   |
| **Besuch seit** |  |
| **Wechsel des****Betreuungsplatzes?** | [ ]  **nein** | [ ]  **ja** |
| [ ]  **Gruppenwechsel** [ ] **Kita-Wechsel** [ ]  **Wechsel von Tagespflege in Kita** |
| **Anmerkungen dazu:** |  |
| **Das Kind erhält bereits heilpädagogische Leistungen in der Kindertagesbetreuung** |
| [ ]  **nein** | [ ]  **ja (welche)**  | [ ]  **geplant (welche)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **bereits vorhandene Leistungen und zusätzliche Hilfen** |
| [ ]  **SGB VIII** *(z. B. HzE, SPFH o. ä.)* | [ ]  **SGB IX** *(z. B. FUD)* | [ ]  **SGB V** *(z. B. häusliche Pflege)* |
| [ ]  **SGB XI** *(Pflegegeld/Pflegegrad)* | [ ]  **SBG IX** *(Behindertenausweis mit Merkzeichenangabe):* |
| [ ]  **sonstiges:** |  |

|  |
| --- |
| **Ergebnisse der Diagnostik** |
| **ärztliche Diagnostik (entwicklungsneurologische Befunde)** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **psychologische Diagnostik (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten)** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **heilpädagogische Diagnostik (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten)** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **medizinisch-therapeutische Diagnostik** |
| [ ]  **Logopädie** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |
| [ ]  **Ergotherapie** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |
| [ ]  **Physiotherapie** | **durchgeführt am:**  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Zusammenfassende Übersicht der Diagnostikergebnisse** |
| **interdisziplinäres Fallgespräch** | **durchgeführt am:**  |  |
| **beteiligte Fachkräfte** |
|  |
| **zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der aktuellen Teilhabesituation auf der Basisder vorliegenden Informationen** *(inkl. konkreter Veränderungswünsche des Kindes/der Eltern in Bezug auf die Teilhabesicherung)* |
|  |
| **Diagnose mit Diagnoseschlüssel ICD 10** |
|  |
| **empfohlene Maßnahmen** |
| [ ]  **heilpädagogische Leistungen** |
|  **Bemerkungen:** |  |
| [ ]  **Vorstellung in Autismusambulanz/Autismustherapiezentrum** |
| [ ]  **folgende andere Unterstützungsmaßnahmen sind empfehlenswert** |
|  |  |
| [ ]  **sonstige heilpädagogische Maßnahmen nach SGB IX:** |  |
| [ ]  **Erbringung von Heilmitteln nach § 125 SGB**  V |
|  | [ ]  **Logopädie** | [ ]  **Ergotherapie** | [ ]  **Physiotherapie** |
| [ ]  **Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum** |
| [ ]  **Förderung Schwerpunkt Sehen/Hören** |
| [ ]  **keine ergänzende Förderung erforderlich** |
|  **Bemerkungen:** |  |
| [ ]  **sonstige Bemerkungen, ggf. Empfehlungen zu weitergehender Diagnostik** |
|  **Bemerkungen:** |  |

|  |
| --- |
| **Abschließende Hinweise/weitere Empfehlungen/sonstige Bemerkungen** |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
| **Ort, Datum** |  | **Ort, Datum** |
|  |  |  |
| **Unterschrift verantwortliche/r Arzt/Ärztin** |  | **Unterschrift Leitung der IFF** |

|  |
| --- |
| **Erklärung der Personensorgeberechtigten zum Abschlussgespräch**Ich wurde/wir wurden über die Ergebnisse der Abschluss-Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung bei meinem/unserem Kind   informiert. Der abschließende Förder- und Behandlungsplan wurde mit mir/uns besprochen und[ ]  ist mir/uns ausgehändigt worden.[ ]  wird uns zugesandt (in diesem Fall ist bei Rückfragen ein weiterer Austausch, ggf. eine Anpassung des FUB möglich). |
|  |  |  |  |  |
|  | **Ort, Datum** |  | **Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten** |  |

|  |
| --- |
| **Entbindung von der Schweigepflicht**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:[x]  die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträge und Krankenkassen[x]  den überweisenden Vertragsarzt |
| [ ]  sonstige Stellen: |  |
| Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert**.** |
|  |  |  |  |  |
|  | **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**.**

**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, Therapievorschläge 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.