

Name, Vorname des Kindes: ,

LVR: GP-Nr. des Kindes:

LWL: ZAD-Nr. des Kindes:

KV-Nr. des Kindes:

Krankenkasse:

Förder- und Behandlungsplan

☒ Abschlussdiagnostik am hier Datum

Allgemeine Angaben

	Kind	Elternteil 1	Elternteil 2
	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☒ w ☐ d	☒ 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

Name, Vorname des Kindes: ,
Geburtsdatum:

Anamnестische 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)

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

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)

☐ SGB 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 Basis der 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

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

☐ 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

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

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:

- ☒ die zuständigen Rehabilitationsträger (Eingliederungshilfeträger und Krankenkassen
- ☒ 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.

Name, Vorname des Kindes: ,

Geburtsdatum:

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, Therapieempfehlungen 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 berechnete 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.