

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

Frühfördereinrichtung:

Name des/der fallführenden Pädagog*in:

Telefon:

Heilpädagogische Frühförderung Förderplan

☐ Erstdiagnostik

Datum:

☐ Folgediagnostik

Datum:

☐ Abschlussdiagnostik

Datum:

Allgemeine Angaben

	Kind ☐ m ☐ w ☐ d	Elternteil 1 ☐ m ☐ w ☐ d	Elternteil 2 ☐ m ☐ w ☐ d
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Adresse (wenn abweichend vom Kind, auch Adresse der Eltern):			
Telefonnummer:			
Handynummer:			
Mailadresse:			
Familienstand			
Sorgeberechtigt:	_____	Wählen Sie ein Element aus.	Wählen Sie ein Element aus.
Staatsangehörigkeit:			
Muttersprache			
Ausbildung, aktueller Beruf			

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

- Angaben zum Vormund:
- Angaben zu den Pflegeeltern:

Bemerkungen (z.B. Auskunftssperren):

Name und Anschrift behandelnde/r Kinderärztin/arzt:

Bitte die ärztlichen Unterlagen aus denen die gesundheitliche Beeinträchtigung hervorgeht (den (Verdachts)ICD-10 Code) beifügen, sofern noch nicht vorliegend

☐ Aufgrund der erhobenen Befunde wird um eine Prüfung der Beeinträchtigung in der Teilhabe gebeten

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

Anamnestische Basisinformationen

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

Vorstellungsanlass

Schwangerschaftsverlauf/Geburt:
Geburtenfolge:
Schwangerschaftsverlauf:
Geburt:
Neonataler und frühkindlicher Verlauf in den ersten Monaten:

Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen
Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde: (siehe auch beigefügte Berichte, falls vorhanden)
Medikamenteneinnahme - aktuell: - im Verlauf (wenn relevant):
Hilfsmittel: (U.a. Brille, Einlagen, Hörgeräte, Pflegebett, Monitor, Sauerstoff, Stehbrett, Rollstuhl, Badehilfen) - aktuell: - im Verlauf:
bisherige Heilmittel (Therapie) und Förderung (von – bis):
Laufende ärztliche und fachtherapeutische Untersuchungen und Behandlungen sowie laufende Heilmittel/Therapien und Förderungen:

Familienanamnese

Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf
➤ Aktivität und Teilhabe ➤ personenbezogene Faktoren ➤ bedeutsame Umweltfaktoren (materiell, sozial und einstellungsbezogen, inkl. familiärer Rahmenbedingungen) ➤ Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur
Aus Sicht der Eltern/Bezugspersonen:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

Aus Sicht der Kindertagesbetreuung (sofern vorhanden):

Adresse und Kontaktdaten der Kindertagesbetreuung:

- 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 Krankenpflege)
- ☐ SGB XI (Pflegegeld, Pflegegrad)
- ☐ SGB IX (Behindertenausweis mit Merkzeichenangabe):
- ☐ Sonstiges:

Ergebnisse der Diagnostik

Pädagogische Diagnostik (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten)

Durchgeführt am: _____
Beteiligte Fachkraft:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

**Zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der aktuellen Teilhabesituation
(auf Basis der vorliegenden Informationen)**
(inkl. konkreter Veränderungswünsche des Kindes/der Eltern in Bezug auf die Teilhabesicherung)

Empfohlene Maßnahmen:

☐ heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Frühförderung

Details siehe Diagnostik und Ziele

☐ Vorstellung in Autismusambulanz/Autismustherapiezentrum

☐ folgende andere Unterstützungsmaßnahmen empfehlenswert:

☐ sonstige heilpädagogische Maßnahmen nach SGB IX

☐ Erbringung von Heilmitteln nach SGB V (in externen Praxen)

☐ Physiotherapie

☐ Logopädie/ Sprachtherapie

☐ Ergotherapie

☐ Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum

☐ Förderung Schwerpunkt Sehen/Hören

☐ keine ergänzende Förderung erforderlich

Bemerkungen:

Ziele der heilpädagogischen Frühförderung:

(auszufüllen, wenn heilpädagogische Frühförderung empfohlen wird)

Lebensbereiche nach ICF

Förder- und Teilhabeziele

Entwicklungs- und Veränderungsziele
und/oder
Erhaltungs- und Stabilisierungsziele

☐ Lernen und Wissensaneignung:

(Bewusste sinnliche Wahrnehmung und deren Verarbeitung, Elementares Lernen, Anwendung von Erlerntem, Denken, Problemlösung, Treffen von Entscheidungen)

☐ Allgemeine Aufgaben und Anforderungen:

(Erledigung von Aufgaben, Einhaltung der täglichen Abläufe, Umgang mit schwierigen Situationen/Stress)

☐ Kommunikation

(Aktive Lautbildung, Singen, nonverbale und verbale Kommunikation, Reaktion, Erkennen und Verstehen von Kommunikationsangeboten)

☐ Mobilität:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

(Haltungsbewahrung, Haltungsverlagerung, Fortbewegung, Ausführung Grob- und feinmotorischer Aktivitäten)	
☐ Selbstversorgung: (Umsetzung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Bezug Körperpflege und Ernährung)	
☐ Häusliches Leben: (Unterstützung/Mithilfe im Haushalt)	
☐ Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: (Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen)	
☐ Bedeutende Lebensbereiche: (Teilhabe in den Bereichen Bildung und Erziehung)	
☐ Gemeinschaft/soziales Leben: (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie)	

Empfohlene Anzahl der Fördereinheiten: _____

Die heilpädagogische Frühförderung wird grundsätzlich für 12 Monate bewilligt. Abweichungen in der Beantragung bitte angeben: _____

Unterschrift Einrichtungsleitung

Unterschrift zuständige/r HP

Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten