

Gebührpflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname der/des Versicherten		
Unfall-/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

für die Abrechnung	IK-Kennzeichen Leistungserbringer
--------------------	-----------------------------------

Gesamt-Brutto	Rechnungsnummer	Beleg Nr.
Positionnummer	Faktor/Anzahl	

Geschlecht:

Kontaktdaten der Personensorgeberechtigten

Name, Vorname	Telefonnummer	Abweichende Adresse von Versichertendaten
---------------	---------------	---

Förder- und Behandlungsplan für Komplexleistungen gemäß Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS) - für Ärztin/Arzt / Frühförderstelle / Personensorgeberechtigte/ Kostenträger -

☐ Erstausstellung
 ☐ Folgeplanung
 ☐ Änderungsplanung
 voraussichtliche Behandlungsdauer in Monaten: _____ voraussichtlicher **Beginn**: _____ (Datum)

Zusammenfassendes Ergebnis der (Eingangs-) Diagnostik und Bedarfsermittlung

Ärztin / Arzt: Diagnose/Befund (unter Angabe der Leitsymptomatik und Beschreibung der betroffenen/relevanten Körperfunktionen und -strukturen):

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

IFS Diagnose/Befund (unter Angabe Fähigkeitsstörungen/Auswirkungen):

Eine Behinderung der Selbstbestimmung und/oder gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft im Sinne von §§ 1, 2 SGB IX als Wechselwirkung zwischen einstellungs- und umweltbedingten Barrieren und einer

	droht	liegt vor	
körperlichen Beeinträchtigung	☐	☐	
geistigen Beeinträchtigung	☐	☐	
seelischen Beeinträchtigung	☐	☐	
Sinnesbeeinträchtigung	☐	☐	☐ Behandlung SIFS* erforderlich

Offenes Beratungsangebot wurde durchgeführt	☐ ja	☐ nein
Komplexleistung ist notwendig	☐ ja	☐ nein

Form und Umfang der Behandlung:

	ambulante Einzelbehandlung	ambulante Gruppenbehandlung	mobile Einzelbehandlung gemäß § 6a FrühV	kann als Doppel-BE erbracht werden
☐ Physiotherapie	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	☐
☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	☐
☐ Ergotherapie	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	___ BE ☐ je Monat	☐
☐ psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	___ BE (im Bewilligungszeitraum)	___ BE (im Bewilligungszeitraum)	___ BE (im Bewilligungszeitraum)	

* SIFS = sinnesbehinderungsspezifische, überregionale interdisziplinäre Frühförderstellen

ICF-CY-orientierte Bedarfsermittlung

Einzeldarstellung der Selbstbestimmung und Teilhabe einschränkenden Faktoren und Wechselwirkungen:

Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]:

1 Grundlegendes Lernen / Zuschauen / Zuhören / Explorieren / Kognition im Spiel / elementare Sprache / Aufmerksamkeit / Strategiebildung / Fertigkeiten erlernen

2 Aufgabenbewältigung und Verhaltenssteuerung bei Leistungsanforderungen / Handlungsplanung

3 Kommunikation / Sprachentwicklung rezeptiv und expressiv

4 Mobilität / motorische Entwicklung / Haltungsbewahrung / Fortbewegung / Feinmotorik / Handgeschicklichkeit

5 Selbstversorgung / Körperpflege / sich altersgemäß waschen / Toilette / Kleidung aus- / anziehen / Hunger und andere Bedürfnisse anzeigen / Essen / Trinken

6 Mitwirken und Helfen im häuslichen Leben / Anderen helfen

7 Interaktionen und Beziehungen innerhalb der Familie (Eltern-Kind, Geschwister, erweiterter Familienkreis), Kontakt- und Distanzverhalten

8 Bedeutende Lebensbereiche / Bildung / Erziehung (Krippe, KiTa, Vorschule)

9 Weitere soziale Lebensbereiche (Spielplatz, Freizeitaktivitäten, Geselligkeit mit Freunden und Verwandten)

Umwelt- bzw. personbezogene Ressourcen und Barrieren (z.B. Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Dienste, Produkte/Technologien/Hilfsmittel, Temperament, Persönlichkeitszüge):

Rehabilitations- und Teilhabeziele der Komplexleistung:

Dieser Förder- und Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der/des Personensorgeberechtigten und, soweit möglich, des Kindes erstellt.

Bemerkungen / Sonstiges: _____

Ärztin/ Arzt (Stempel, Unterschrift, Datum)

Interdisziplinäre Frühförderstelle / SIFS* (Stempel, Unterschrift, Datum)

* SIFS = sinnesbehinderungsspezifische, überregionale interdisziplinäre Frühförderstellen