

Aufstellung über die Anzahl der für einzelne Sozialhilfeträger und alle Krankenkassen erbrachten Behandlungseinheiten und die Anzahl der Kinder für das Kalenderjahr _____ zum Stichtag _____

1. offenes Beratungsangebot:

| | am Sitz der IFS zuständiger Sozialhilfeträger | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | |
|--|---|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE |
| | | | | | | | | | | |

2. heilpädagogische Maßnahmen:

| | am Sitz der IFS zuständiger Sozialhilfeträger | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | | anderer Sozialhilfeträger: | |
|--|---|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder | erbrachte BE |
| heilpädagogische Maßnahmen (insgesamt), davon: | | | | | | | | | | |
| - Ambulant | | | | | | | | | | |
| - Gruppe | | | | | | | | | | |
| - Mobil | | | | | | | | | | |
| Teamgespräche | | | | | | | | | | |

3. medizinisch-therapeutische Maßnahmen / Eingangsdiagnostik:

| | Krankenkassen | | Eingangsdiagnostik |
|--------------------------------------|---------------|--------------|--------------------|
| | Anzahl Kinder | erbrachte BE | Anzahl Kinder |
| Medizinisch-therapeutische Maßnahmen | | | |

Frühförderstelle, Name und Unterschrift