

# Teilhabeorientierter interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan

Fachtagung 10.06.2015

„Auf dem Weg zur Inklusion- Perspektiven der  
Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und  
Frühförderstellen in NRW“

# Förder- und Behandlungspläne

- werden einmal jährlich erstellt
- beinhalten:
  - Anamnese
  - Diagnostikergebnisse
  - Behandlungsempfehlungen
  - Kostenbeantragung

# Bei der Erstellung sind beteiligt:

- Psychologin
- Kinderärztin
- Therapeutinnen (Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie)
- Heilpädagoginnen

# Den Förderplan erhalten:

- Die Eltern
- Die Kostenträger: die Krankenkasse und der Sozialhilfe Träger
- Die überweisenden Kinderärzte



---

## Diagnostik-Bericht – Komplexeleistung

Förder- und Behandlungsplan: von bis  
Empfohlene Fördereinheiten:

Interdisziplinäre Frühfördereinrichtung

Frühförderzentrum  
Cederwaldstraße 22  
51465 Bergisch Gladbach



02202 1008-118



02202 1008-188

E-Mail: [fruehfoerderzentrum@caritas-rheinberg.de](mailto:fruehfoerderzentrum@caritas-rheinberg.de)

Erstellt am:

Fallnr.

FFZ unterschrieben:

Eltern unterschrieben:

Erstdiagnostik

Datum

1.Folgediagnostik

Datum

2. Folgediagnostik

Datum

3. Folgediagnostik

Datum

Abschlussdiagnostik

Datum

Verordnung V16 vom:

Datum

### 1. Stammdaten

# 1. Stammdaten

<b>Kind</b>	<b>Eltern</b>	
w. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
geb. am:	geb. am:	geb. am:
geb. in:	Beruf:	Beruf:
Adresse:	Adresse: s. nebenstehend <input type="checkbox"/>	Adresse: s. nebenstehend <input type="checkbox"/>
Personengruppe / Kind: Deutsche/-r	Elternschaftsstatus: leibl. Eltern	Elternschaftsstatus: leibl. Eltern
(falls Eltern nicht sorgeberechtigt, s. Bemerkungen)	Sorgeberechtigte/r: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigte/r: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
	Muttersprache:	Muttersprache:
	Tel.:	Tel.:
	Handy:	Handy:
	Fax:	Fax:
	Email:	Email:
Überweisender Vertrags-/ Kinderarzt (Name, Anschrift):	Privat versichert: <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse Versicherter (inkl. Anschrift):		
Versichertennummer:	Kassennummer: gültig bis	Status
Kommunaler Kostenträger:	Rheinisch Bergischer Kreis Amt für Soziales	Refrather Weg 30 51469 Bergisch Gladbach
Bemerkungen:		

## 2. Anamnestische Basisinformationen

Schwangerschaftsverlauf:	
Geburt:	
Neonataler Verlauf:	
Meilensteine der frühkindlichen Entwicklungen: (Krabbeln, Laufen, Sauberkeit etc.)	
Erkrankungen:(Kinderkrankheiten, häufige Infekte etc.)	
Vorbefunde: (Chronisches wie Neurodermitis, Anfallsleiden, Mucoviszidose etc.)	
Bisherige Therapie und Förderung: (Heilmittel, Seh-HörFF, frühere FF etc.)	
<b>Laufende Behandlung</b>	
Medikamente:	
Hilfsmittel: (z. B. Brille, Hörgerät, Talker, Rollstuhl, Badehilfen, Monitor etc.)	
Sozialleistungen: (Pflegegeld, Behindertenausweis, spezielle Physio etc.)	
Zusätzliche Hilfen: (SGB V, SGB VIII (HzE, SPFH), SGB IX)	
Kindertagesstätte:	
Integrationskraft	seit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Familiäre Rahmenbedingungen: (alleinerz., Geschwister etc.)	
Besonderheiten:	

### 3. Diagnostik

Beteiligte Fachkräfte	Ärztin <input type="checkbox"/>	PädagogIn <input type="checkbox"/>	PsychologIn <input type="checkbox"/>	Medizinisch-therapeutische Fachkraft <input type="checkbox"/>
Name				

3.1 Diagnostik	Datum	Verfahren
Kinderärztliche Untersuchung:		Anamnese, körperliche und neurologische Untersuchung
Pädagogische Diagnostik:		
Medizinisch-therap. Diagnostik:		<p>Ergebnisse im SETK 3-5  <b>(Sprachentwicklungstest für 3-5jährige Kinder):</b>            Verstehen von Sätzen (VS): PR            Morphologische Regelbildung (MR): PR            Phonologisches Arbeitsgedächtnis für Nichtwörter (PGN): PR            Satzgedächtnis (SG): PR            Gedächtnisspanne für Wortfolgen (GW):            Rohwert:</p> <p>Ergebnisse im MOT4-6 (<b>Motoriktest für 4- bis 6-jährige Kinder</b>):            RW: Punkte, PR: , Klassifikation:</p>



<p>Psychologische Diagnostik:</p>		<p>Spiel- und Verhaltensbeobachtung</p> <p><b>MFED</b> (Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik)</p> <p><b>K-ABC</b> (Kaufman-Assessment Battery for Children):  SED (Skala einzelheitlichen Denkens): PR  SGD (Skala ganzheitlichen Denkens): PR  SIF (Skala intellektueller Fähigkeiten): PR  FS (Fertigkeitenskala) PR  NV (Nonverbale Skala): PR  (Durchschnittsbereich PR 25 bis 75)</p> <p><b>WPPSI-III</b> (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition):  Verbalteil: PR  Handlungsteil: PR  Verarbeitungsgeschwindigkeit: PR  Allgemeine Sprachskala: PR  Gesamt: PR  (Durchschnittsbereich PR 16-84)</p>
<p>Bemerkungen:</p>		
<p>Interdisziplinäres Fallgespräch:</p>		
<p>Teilnehmerinnen:</p>	<p>Ärztin, Heilpädagogin, Psychologin, Physiotherapeutin, Sprachtherapeutin</p>	

### 3.2 Befunde in Teilbereichen

Körperlich-neurologischer Befund	Körperhöhe cm (P), Gewicht kg (P), Kopfumfang cm (P).
Sozial-emotionale Entwicklung:	
Spielverhalten:	
Kognitive Entwicklung:	
Motorische Entwicklung:	
Wahrnehmungs-Entwicklung:	
Sprachentwicklung:	
Sinnesfunktionen:	

### 3.3 Ergebnisse

Diagnose nach ICD10 (mit Ziffer)	
Diagnose nach ICF (mit Ziffer) (Körperfunktionen und – strukturen, Aktivitäten und Partizipation, Umweltfaktoren)	

## 4. Empfehlung zur Förderung und Behandlung

Empfehlung für:	Begründung:
<input type="checkbox"/> <b>Maßnahme nach SGB XII / IX als heilpädagogische Maßnahme</b>	
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Förderung	
<input type="checkbox"/> Psychomotorische Förderung	
<input type="checkbox"/> Förderung im Zentrum für Autismustherapie	
<input type="checkbox"/> Heilpädagogisches Reiten	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Empfehlung zur Förderung:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Erbringung von Heilmitteln nach SGB V</b>	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Empfehlung zur Förderung:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SPZ</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>	
<input type="checkbox"/> Hör-Frühförderung	
<input type="checkbox"/> Seh-Frühförderung	
<input type="checkbox"/> <b>keine weitere Förderung erforderlich</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Wechsel auf Integrativplatz empfohlen</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Komplexleistung IFF</b> (Schwerpunkte der Förderung s. u.)	



## **Bestätigung des Diagnostikgesprächs mit dem/den Erziehungsberechtigten**

Ich wurde / Wir wurden über die Ergebnisse der (Eingangs-, Folge- oder Abschluss-) Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung bei meinem / unserem Kind informiert. Der vorliegende Förder- und Behandlungsplan wurde mit mir / uns besprochen und ist mir / uns ausgehändigt worden.

---

Bergisch Gladbach, Datum

---

Sorgeberechtigte/r des Kindes

## Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) Bergisch Gladbach im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_, sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

**1. der überweisenden Vertragsärztin dem überweisenden Vertragsarzt**

**2.**

**3.**

**pp**

und von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

**1.**

**2.**

**3.**

**pp**

einholen kann.

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die IFF Bergisch Gladbach von den o. g. Ärzten und von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der Interdisziplinären Frühförderung erforderlich sind. Diese medizinischen Befunde werden nicht an die Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) weitergegeben, fließen aber in die Diagnostik und den Förder- und Behandlungsplan ein. Der Förder- und Behandlungsplan wird als Antrag an die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse) gesandt.

\_\_\_\_\_  
Bergisch Gladbach, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r des Kindes

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass die Ergebnisse der Diagnostik und der Förder- und Behandlungsplan an folgende Stellen übermittelt werden:

die zuständigen Rehabilitationsträger (Sozialhilfeträger und Krankenkasse)

den unter 1. genannten Arzt

Sonstige Stellen :

Über den Inhalt und Umfang der übermittelten Dokumente werde ich / werden wir von der Interdisziplinären Frühförderstelle informiert.

Der bewilligende Rehabilitationsträger informiert den jeweils anderen Rehabilitationsträger über den Antrag.

\_\_\_\_\_  
Bergisch Gladbach, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r des Kindes

# Welche Ideen zur verbesserten Zusammenarbeit bestehen:

- von Seiten der Kindertagesstätten?
- von Seiten der Frühförderung?