

Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am
Unfallfolgen	
BVG	Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status  Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Geschlecht:

Für die Abrechnung      IK-Kennzeichen Leistungserbringer

Gesamt-Brutto	Rechnungsnummer	Beleg Nr.
Positionsnummer	Faktor/Anzahl	

### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geistigen Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
seelischen Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinnesbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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 er- bracht werden
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<u>  </u> BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	<u>  </u> BE (im Bewilligungszeitraum)	<u>  </u> BE (im Bewilligungszeitraum)	<u>  </u> 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