

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten  geb. am		
Unfall-folgen			
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 -

☐ Erstaussstellung

☐ 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Komplexleistung ist notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Form und Umfang der Behandlung:	ambulante Einzelbehandlung	ambulante Gruppenbehandlung	mobile Einzelbehandlung gemäß § 6a FrühV	kann als Doppel-BE erbracht werden
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 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