

zurück an:

Bezirk Schwaben  
86147 Augsburg

## **Leistungen der Eingliederungshilfe Ärztliches / Psychologisches Zeugnis**

zum Antrag auf ambulante oder teilstationäre Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche (mögliche Maßnahmen: Integration in einer / einem Kindertagesstätte / Krippe / Hort bzw. Leistungen in einer Heilpädagogischen Tagesstätte bzw. Individualbegleitung in Kindertagesstätte / Krippe / Hort / Schule (§§ 75, 76 SGB IX i. V. m. §§ 99, 102, 112, 113 SGB IX))

### **A. Personalien des Kindes**

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	

### **B. Beschreibung des behinderungsbedingten Zustandes**

(Befund, Diagnose, einschließlich Darlegung von Art und Ausmaß und voraussichtlicher Dauer von Funktionsstörungen infolge von Krankheit oder Behinderung)

*Notwendig sind Angaben, aus denen geschlossen werden kann, ob und warum die untersuchte Person eine dauerhafte und wesentliche körperliche, geistige, seelische oder anderweitige Behinderung besitzt oder von einer solchen Behinderung bedroht ist.*

**Bitte ICD-10 Nr. angeben!**

## C. Die nachfolgend zu treffenden Einordnungen sind notwendig:

- C.1**  Bei der unter Punkt A genannten Person liegt für eine gleichberechtigte Teilhabe eine Abweichung vom Lebensalter typischen Zustand von länger als 6 Monate vor.
- C.2**  Eine wesentliche Behinderung droht, wenn für eine gleichberechtigte Teilhabe eine Abweichung vom Lebensalter typischen Zustand von länger als 6 Monaten konkret zu erwarten ist. Dies ist bei der unter Punkt A genannten Person gegeben.

**Bitte Erläuterung, worin die konkreten Anhaltspunkte für die drohende Behinderung liegen.**

- C.3**  Es gibt Anhaltspunkte, dass die gewünschte Unterstützung erforderlich ist, aufgrund von
- belastenden Faktoren im familiären / privaten Umfeld,
  - fehlenden anderweitigen Unterstützungsmaßnahmen im Bereich der Integration von Personen mit Migrationshintergrund / Sprachbarrieren.

### Wenn C.1 und / oder C.2. bestätigt ist:

Konkret liegt bei der unter A genannten Person Folgendes vor (Mehrfachnennung möglich):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung            | <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung droht |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung (IQ unter 70) | <input type="checkbox"/> geistige Behinderung droht    |
| <input type="checkbox"/> seelische Behinderung              | <input type="checkbox"/> seelische Behinderung droht   |

## D. Wie wirken sich die unter B aufgeführten Diagnosen im Lebensalltag des Kindes aus?

**E. Die Ausstellung des ärztlichen / psychologischen Zeugnisses ist von den Erziehungsberechtigten gewünscht, weil folgende Maßnahmen vorgesehen / angedacht sind:**

**F. Begründung des Vorschlages zu E.: Welche konkreten Ziele sollen mit der Maßnahme erreicht werden?**

**G. Als Einrichtungen für die Maßnahmen kommen in Betracht / werden empfohlen:**

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Arztes / Psychologen und Stempelabdruck