

Praxis:

Telefon:

E-Mail:

Name, Vorname des Kindes:

Geschlecht: weiblich

Geburtsdatum:

männlich

Wohnadresse:

Krankenversicherung:

Förder- und Behandlungsplan für isolierte heilpädagogische Leistungen

voraussichtliche Behandlungsdauer:

Monate

voraussichtlicher Beginn der Behandlung:

Medizinische Diagnose/Befund des Arztes (unter Angabe von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen):

Bitte ICD-10-Nr. angeben

Nichtärztliche Diagnose/Befund der Frühförderstelle/heilpädagogischen Praxis (unter Angabe von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen):

**Behinderung, die zu einer wesentlichen
Einschränkung der Teilhabe an der
Gesellschaft führt**

Behinderung anderer Art

	droht	liegt vor	droht	liegt vor
körperliche Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geistige Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelische Behinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Form und Umfang der Behandlung:

heilpädagogische Leistungen ambulant

mobil*

Einzel-
förderung

Gruppen-
förderung

Behandlungseinheiten pro Monat:

Begründung für mobile Leistungserbringung:

*Der Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern erstellt.

Bemerkungen:

Ort

Datum

Arzt (Vertragsstempel und Unterschrift)

verantwortliche Fachkraft (Stempel der Frühförderstelle/Heilpädagogin und Unterschrift)