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	☐	☐	
geistigen Beeinträchtigung	☐	☐	
seelischen Beeinträchtigung	☐	☐	
Sinnesbeeinträchtigung	☐	☐	☐ Behandlung SIFS* erforderlich

Offenes Beratungsangebot wurde durchgeführt ☐ ja ☐ nein

Komplexleistung ist notwendig ☐ ja ☐ nein

Form und Umfang der Behandlung:

	ambulante **Einzel**behandlung	ambulante **Gruppen**behandlung	**mobile Einzel**behandlung gemäß § 6a FrühV	kann als **Doppel-BE** erbracht werden
☐ Physiotherapie	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	☐
☐ Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	☐
☐ Ergotherapie	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	__ BE ☐ je Monat	☐
☐ psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	

* SIFS = sinnesbehinderungsspezifische, überregionale interdisziplinäre Frühförderstellen

Korrektur

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

Korktur