

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Rechnungsnummer																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Belegnummer																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

Geschlecht weiblich männlich

Förder- und Behandlungsplan für Komplexeleistungen

gemäß Rahmenvertrag zur Früherkennung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS)

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ (Monate)

voraussichtlicher Beginn: _____ (Datum)

Diagnose/Befund des Arztes (unter Angabe der Leitsymptomatik):

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

Diagnose/Befund der IFS (unter Angabe Fähigkeitsstörungen/Auswirkungen):

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

	droht	liegt vor
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<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"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<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"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)*

*Begründung für mobile Leistungserbringung: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern erstellt.

Bemerkungen:

Arzt (Stempel, Unterschrift und Datum)

IFS (Stempel, Unterschrift und Datum)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger			IK des Leistungserbringers														
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten			Gesamt-Zuzahlung					Gesamt-Brutto									
Unfall/Unfallfolgen	geb. am			Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor									
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor									
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Heilmittel-Pos.-Nr.					Faktor									
				Rechnungsnummer														
				Belegnummer														

Geschlecht weiblich männlich

Förder- und Behandlungsplan für Komplexeleistungen

gemäß Rahmenvertrag zur Früherkennung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS)

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ (Monate)

voraussichtlicher Beginn: _____ (Datum)

Diagnose/Befund des Arztes (unter Angabe der Leitsymptomatik):

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

Diagnose/Befund der IFS (unter Angabe Fähigkeitsstörungen/Auswirkungen):

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

	droht	liegt vor
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<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"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<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"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)*

*Begründung für mobile Leistungserbringung: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern erstellt.

Bemerkungen:

Arzt (Stempel, Unterschrift und Datum)

IFS (Stempel, Unterschrift und Datum)

Ausfertigung für den Leistungserbringer

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor
Rechnungsnummer	
Belegnummer	

Geschlecht weiblich männlich

Förder- und Behandlungsplan für Komplexeleistungen

gemäß Rahmenvertrag zur Früherkennung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS)

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ (Monate) voraussichtlicher Beginn: _____ (Datum)

Diagnose/Befund des Arztes (unter Angabe der Leitsymptomatik):

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

Diagnose/Befund der IFS (unter Angabe Fähigkeitsstörungen/Auswirkungen):

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

	droht	liegt vor
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<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"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<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"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)*

*Begründung für mobile Leistungserbringung: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern erstellt.

Bemerkungen:

Arzt (Stempel, Unterschrift und Datum)

IFS (Stempel, Unterschrift und Datum)

Ausfertigung für den Arzt