

|                     |                                |                  |        |
|---------------------|--------------------------------|------------------|--------|
| 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 |                  |        |
| 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 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 |
| Komplexeleistung 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**