Anlage 5c zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2025

FÖRDERNACHWEIS Zeitraum: .....

_____ _____ _____

Name des Kindes Straße u. Hausnr. Wohnort

Kostenübernahme durch _____ Bescheid vom: _____ Für die Zeit vom _____ bis _____

Bei Beginn der Maßnahme: Das offene Beratungsangebot fand am _____ statt.

Es fanden im Zeitraum von …… bis …… zusätzlich…… *(Anzahl)* Behandlungseinheiten Eingangsdiagnostik statt.

Monat	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten/ Bevollmächtigten*
	amb.																																
	mobil																																
	amb.																																
	mobil																																
	amb.																																
	mobil																																

*Der/Die Bevollmächtigte ist nicht der/die behandelnde Therapeut*in.

Die Behandlungstage sind mit diesen Buchstaben zu kennzeichnen:

Elterngespräch = „E“ Elterngruppe = „EG“ Einzelbehandlung am Kind = „K“ Eltern-/Kindbehandlung = „EK“ Gruppenbehandlung (Kinder) = „GK“
„IG“ = Interdisziplinäre Gruppenbehandlung Doppelstunde = „2“
(wird mit 1,5 BEs angesetzt)

Anmerkung: Sollte der interne und/oder externe Austausch abgerechnet werden, bestätigt die Einrichtung mit ihrer Unterschrift die vertraglich vereinbarte Durchführung.

Die Förderung läuft weiter

θ ja θ notwendiger Förder- und Behandlungsplan folgt / wurde bereits vorgelegt

θ nein Begründung: **.....**

Datum_____ Unterschrift: _____

Unterschriftsfassung