

Förder- und Behandlungsplan für Interdisziplinäre Frühförderung (FuB)

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfall-Folgen	geb. am		
BVG	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CHI	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Örtlich zuständiger Sozialhilfeträger:			
Aktenzeichen:			

Erster FuB

Folge FuB

Abschluss FuB

1. Diagnose/Befund/Förderbedarf:

nach ICD-10:

andere Diagnose/Befund/Förderbedarf:

nach ICF (Funktionsfähigkeit, -störungen, Teilhabebeeinträchtigung):

2. Interdisziplinäre Frühförderung ist (weiterhin) notwendig, weil:

3. Ziele der interdisziplinären Förderung und Behandlung, teilhabeorientiert:

4. Form und Umfang der Förderung und Behandlung:

Einzelförderung Gruppenförderung ambulant mobil

Physiotherapie
Stimm-, Sprech-u. Sprachtherapie
Ergotherapie
Psychologische Leistungen
Heilpädagogik

Andere nach § 5 FrühV
Andere nach § 6 FrühV

Bei Andere, welche:

Umfang der (weiteren) interdisziplinären Frühförderung (Beginn, Dauer, Frequenz):

Begründung für mobile Leistungserbringung:

5. Bemerkungen:

Ort, Datum:

Unterschriften, Vertragsarztstempel, Stempel der Interdisz. Frühförderstelle (IFF):

Arzt: _____ verantw. Fachkraft IFF: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde in Zusammenarbeit mit den Eltern/Sorgeberechtigten des Kindes erstellt und ihnen ausgehändigt.

Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten: _____

Zur Erlaubnis der Eltern zur Weitergabe dieses FuB siehe Vordruck Weitergabeerlaubnis.

Vordruck Weitergabeerlaubnis

Ich erlaube als Erziehungsberechtigte/r die Weitergabe des Förder- und Behandlungsplans (FuB) meines Kindes (s.u.) vom _____ an die für mein Kind zuständige Stelle bei nachfolgend benannten Kostenträgern. Der Förder- und Behandlungsplan enthält Daten, die die Gesundheit meines Kindes betreffen. Die Weitergabe an Dritte darüber hinaus darf ebenfalls nur mit meiner Zustimmung erfolgen.

Die Weitergabe des Förder- und Behandlungsplans und die Übermittlung der personenbezogenen Gesundheitsdaten meines Kindes erfolgen zur Prüfung der Übernahme der Kosten durch den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger (Kostenträger für die heilpädagogischen Leistungen) und die Krankenkasse meines Kindes (Kostenträger für die medizinisch-therapeutischen Leistungen).

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Übermittlung des Förder- und Behandlungsplans an die Kostenträger verweigern kann. Dies hat zur Folge, dass -im Fall einer nicht erteilten Einwilligung - die Kosten für die im Förder- und Behandlungsplan genannten Leistungen vom jeweiligen Kostenträger **nicht** übernommen werden können.

Ferner ist mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Krankenkasse, Sozialhilfeträger:

Zuständige Stelle	Straße, Ort	Telefon

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes:

Adresse:

Telefon:

Ort, Datum:

Unterschrift: