

| |
|------------------------------------|
| Förder- und Behandlungsplan |
|------------------------------------|

Datum

Name, Adresse, Tel.

geb. am

Anmeldung am

Hauptdiagnose und Nebendiagnosen (wenn möglich ICD 10)

Dimension I: Allgemeine Entwicklung und Kognition

Dimension II: Körperlich-neurologischer Befund

Dimension III: Teilleistungen

Dimension IV: Bindung, Verhalten, soziale und emotionale Entwicklung

Dimension V: Entwicklungsbedingungen

Ergebnis: Bedingungsanalyse, Zusammenhänge, Prognose, Ziele

Fehlende Informationen und Diagnosen:

Zusätzliche laufende Maßnahmen (z.B. Fachdienst, Integrationsplatz, Pecip...):

Abmachungen:

Vorschläge zur Förderung/Therapie aus fachspezifischer Sicht:

Fördernde/behandelnde Fachbereiche mit Namen:

| | |
|--|--|
| <p>Behandlungsempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> keine weiteren Maßnahmen <input type="radio"/> Weitervermittlung an ... <input type="radio"/> Kontrolluntersuchung am <input type="radio"/> Interdisziplinäre Frühförderung/ Therapie (Komplexeleistung) | <p>Förderschwerpunkt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Förderpflege <input type="radio"/> Funktionelle Förderung/Behandlung <input type="radio"/> Vorschulische Förderung <input type="radio"/> Allgemeine Entwicklungsförderung <input type="radio"/> Bindung, Emotionalität, Sozialverhalten <input type="radio"/> Selbständigkeit, alltagspraktische Fähigkeiten <input type="radio"/> Sprachförderung/Sprachtherapie <input type="radio"/> Elternberatung <input type="radio"/> Andere z.B. Mutter- Kind Interaktionsberatung, Frühchen Nachsorge |
| <p>Setting und Fachbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stunde zu Dritt -- EK <input type="radio"/> Kurzzeit, Förderblock, EPB <input type="radio"/> Regelmäßig und nachhaltig <input type="radio"/> Befristet <p>Besonderes:</p> | <p>Setting und Fachbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Einzel <input type="radio"/> Gruppe <input type="radio"/> Wechsel einz./Gruppe <input type="radio"/> Ambulant <input type="radio"/> Mobil in Kindergarten <input type="radio"/> Mobil in Krippe <input type="radio"/> Mobil im Elternhaus <input type="radio"/> Wechsel Kita/Elternhaus |

Interdisziplinäre Fallberatung mit:

Diagnosevermittlung und Behandlungsempfehlung am:

mit :

Vereinbarung mit den Eltern:

Datum/Unterschrift Diagnostiker(in)