

Förder- und Behandlungsplan

Teil A / Seite 1

Zusammenfassung

Planung für den Zeitraum von - bis
 -

Hinweis:

Die nachfolgenden Felder dürfen nur von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ ausgefüllt werden.

Krankenkasse		
Name, Vorname des Kindes		geboren am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Behinderung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führen kann:

	droht	liegt vor		droht	liegt vor
Körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinnesbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Form und Umfang der medizinisch-therapeutischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Mobile Einzelbehandlung und Begründung
Ergotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>
Logopädie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>
Physiotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>

Hinweis: Die nachfolgenden Felder dürfen nur von heilpädagogischen Fachkräften der IFF / IÜFF oder SPZ ausgefüllt werden.

Empfehlungen zu Form und Umfang der heilpädagogischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Mobile Einzelbehandlung und Begründung
Heilpädagog. Leistungen	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>

Hinweis: Die nachfolgenden Felder sind von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ und von den heilpädagogischen Fachkräften der IFF/ IÜFF oder der SPZ auszufüllen.

Übergreifende Förder- und Behandlungsziele:

Name Kind

Vorname Kind

Geburtsdatum

Hinweis: Die nachfolgenden Felder sind von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ und von den heilpädagogischen Fachkräften der IFF / IÜFF oder der SPZ auszufüllen.

Begründung für Komplexleistung:

Die Komplexleistung wird in Verantwortung und Koordination durchgeführt:

durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum durch eine IFF / IÜFF

Ansprechpartner für die Komplexleistung (Adresse der Einrichtung):

Datum, Unterschrift,
Vertragsarztstempel

Datum, Unterschrift,
Stempel IFF / IÜFF

Datum, Unterschrift, Kenntnisnahme
Personensorgeberechtigte

Erklärungen zur Mitwirkung, zum Datenschutz und zur Schweigepflicht

Erklärung zur Mitwirkung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Die beantragte Leistung kann versagt oder beendet werden, wenn ich Angaben verweigere und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe vorliegen. Ferner ist mir bewusst, dass ich die Behandlung und damit die Rehabilitation meines Kindes zu unterstützen habe, soweit mir das möglich ist (aktive Mitwirkung). Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, können die Rehabilitationsträger die Leistungserbringung beenden (vgl. § 66 SGB I).

Sollte ein Behandlungstermin aus einem wichtigen Grund nicht eingehalten werden können, teile ich dies dem Leistungserbringer umgehend mit.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Angaben – soweit diese ausschließlich für die Begutachtung und Entscheidung über eine Komplexleistung erforderlich sind – erhoben und diese, sofern notwendig, auch an behandelnde Therapeuten zur Erfüllung des Behandlungszweckes weitergegeben werden.

Informationen zum Datenschutz

Alle am Verfahren beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer dürfen gemäß § 78 SGB X die Daten, die sie für die Bewilligung und Erbringung einer Komplexleistung übermittelt oder zur Kenntnis bekommen haben, nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie ihnen befugt übermittelt worden sind. Die Empfänger haben die Daten in demselben Umfang geheim zu halten wie die in § 35 SGB I genannten Stellen.

Ort, Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

Krankenkasse		
Name, Vorname des Kindes		geboren am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teil B / Seite 3

Ärztliche Diagnostik & Befund

Planung

für den Zeitraum von - bis

 -

Hinweis: Der Förder- und Behandlungsplan (Teil B) darf nur von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ erstellt werden. Informationen und Teilnahmeerklärung über die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. Hierfür ist die KVT-spezifische EBM-Ziffer 99930 berechnungsfähig.

B1. Diagnosen des Arztes

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

| 1. | <input type="text"/> |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 2. | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> |

B2. Allgemeine Anamnese (kann bei Folgebehandlungsplan entfallen)

Schwangerschaft

unauffällig

Besonderheiten:

Geburt

unauffällig

Besonderheiten:

Bisherige Entwicklung:

Freies Laufen

unauffällig
(bis 18. Lm)

Besonderheiten:

2-Wortsätze

unauffällig
(bis 18. Lm)

Besonderheiten:

Sauberkeitserziehung

abgeschlossen mit
 Monaten

Enuresis nocturna / diurna

Enkopresis

B3. Aktuelle Anamnese

B4. Aktuelle Entwicklungseinschätzung (zum Ankreuzen):

	Nicht altersentsprechend		Nicht altersentsprechend		Methode	
	Nicht untersucht	Altersentsprechend	Leicht unterdurchschnittlich (3 - 6 Mo.)	Deutlich unterdurchschnittlich (> 6 Mo.)	Klinische Untersuchung	Standardisierter Test (Name)
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sozialverhalten / Emotionalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei Bedarf:

Sehtest unauffällig auffällig. Visus: Testverfahren:

Sehhilfe nein ja:

Hörtest unauffällig auffällig **R:** dbHL **Test:** Tonaudio Pilot andere:
L: dbHL

Hörhilfe nein ja:

B5. Weitere Befunde (soweit sie für die geplante Komplexleistung von Bedeutung sind):

B6. Sonstige Hilfsmittel:

B7. Laufende medikamentöse Behandlung (insbesondere Notfallmedikamente):

- Nein
 Ja, gemäß beigefügtem bundeseinheitlichem Medikationsplan

Datum, Unterschrift Arzt

Vertragsarztstempel