Frühfördereinrichtung:

Name des/der fallführenden Pädagog\*in:

Telefon:

**Heilpädagogische Frühförderung**

**Förderplan**

Datum:

[ ]  Erstdiagnostik

Datum:

[ ]  Folgediagnostik

Datum:

[ ]  Abschlussdiagnostik

**Allgemeine Angaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kind** [ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Elternteil 1**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** | **Elternteil 2**[ ] **m** [ ] **w** [ ] **d** |
| **Name:** |  |  |  |
| **Vorname:** |  |  |  |
| **Geburtsdatum:** |  |  |  |
| **Adresse (wenn abweichend****vom Kind, auch Adresse der Eltern):** |  |  |  |
| **Telefonnummer:** |  |  |  |
| **Handynummer:** |  |  |  |
| **Mailadresse:** |  |  |  |
| **Familienstand** |  |  |  |
| **Sorgeberechtigt:** | **----------------------** | Wählen Sie ein Element aus. | Wählen Sie ein Element aus. |
| **Staatsangehörigkeit:** |  |  |  |
| **Muttersprache** |  |  |  |
| **Ausbildung, aktueller Beruf** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Falls die Eltern nicht das Sorgerecht für das Kind haben oder das Kind z. Zt. nicht bei den leiblichen Eltern lebt:** |
| * **Angaben zum Vormund:**
* **Angaben zu den Pflegeeltern:**
 |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen (z.B. Auskunftssperren):** |

|  |
| --- |
| **Name und Anschrift behandelnde/r Kinderärztin/arzt:** |
|  |

**Bitte die ärztlichen Unterlagen aus denen die gesundheitliche Beeinträchtigung hervorgeht (den (Verdachts)ICD-10 Code) beifügen, sofern noch nicht vorliegend**

[ ]   **Aufgrund der erhobenen Befunde wird um eine Prüfung der Beeinträchtigung in der Teilhabe gebeten**

**Anamnestische Basisinformationen**

(basierend auf Aussagen der Eltern, U-Heft und vorliegenden Befunden)

|  |
| --- |
| **Vorstellungsanlass** |
|  |

|  |
| --- |
| **Schwangerschaftsverlauf/Geburt:** |
| Geburtenfolge: |
| Schwangerschaftsverlauf: |
| Geburt: |
| Neonataler und frühkindlicher Verlauf in den ersten Monaten: |

|  |
| --- |
| **Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen** |
| Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde: (siehe auch beigefügte Berichte, falls vorhanden)  |
| Medikamenteneinnahme * aktuell:
* im Verlauf (wenn relevant):
 |
| Hilfsmittel: *(U.a. Brille, Einlagen, Hörgeräte, Pflegebett, Monitor, Sauerstoff, Stehbrett, Rollstuhl, Badehilfen)** aktuell:
* im Verlauf:
 |
| bisherige Heilmittel (Therapie) und Förderung (von – bis): |
| Laufende ärztliche und fachtherapeutische Untersuchungen und Behandlungen sowie laufende Heilmittel/Therapien und Förderungen: |

|  |
| --- |
| **Familienanamnese** |
|  |

|  |
| --- |
| **Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf*** Aktivität und Teilhabe
* personenbezogene Faktoren
* bedeutsame Umweltfaktoren (materiell, sozial und einstellungsbezogen, inkl. familiärer Rahmenbedingungen)
* Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur
 |
| **Aus Sicht der Eltern/Bezugspersonen:** |
|  |
| **Aus Sicht der Kindertagesbetreuung (sofern vorhanden):** |
|  |
| **Adresse und Kontaktdaten der Kindertagesbetreuung:*** Besuch seit:
* Wechsel des Betreuungsplatzes?

[ ]  nein [ ]  ja: [ ]  Gruppenwechsel [ ]  Kita-Wechsel [ ]  Wechsel von Tagespflege in Kita Anmerkungen dazu:* Das Kind erhält bereits heilpädagogische Leistungen in der Kindertagesbetreuung

[ ]  nein[ ]  ja (welche): [ ]  geplant (welche):  |

|  |
| --- |
| **Bereits vorhandene Leistungen und zusätzliche Hilfen:**[ ] SGB VIII (z. B. HzE, SPFH o. ä.)[ ]  SGB IX (z. B. FUD)[ ]  SGB V (z.B. häusliche Krankenpflege)[ ]  SGB XI (Pflegegeld, Pflegegrad)[ ]  SGB IX (Behindertenausweis mit Merkzeichenangabe):[ ]  Sonstiges:  |

**Ergebnisse der Diagnostik**

|  |  |
| --- | --- |
| Pädagogische Diagnostik (Testdiagnostik und Beobachtungsdaten) | Durchgeführt am:      Beteiligte Fachkraft: |
|  |

|  |
| --- |
| **Zusammenfassende Beschreibung und Bewertung der aktuellen Teilhabesituation (auf Basis der vorliegenden Informationen)** **(inkl. konkreter Veränderungswünsche des Kindes/der Eltern in Bezug auf die Teilhabesicherung)** |

|  |
| --- |
| **Empfohlene Maßnahmen:** |
| [ ]  **heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Frühförderung** Details siehe Diagnostik und Ziele |
| [ ]  Vorstellung in Autismusambulanz/Autismustherapiezentrum |
| [ ]  **folgende andere Unterstützungsmaßnahmen empfehlenswert:** |
| [ ]  **sonstige heilpädagogische Maßnahmen nach SGB IX**  |
| [ ]  **Erbringung von Heilmitteln nach SGB V (in externen Praxen)** [ ]  Physiotherapie [ ]  Logopädie/ Sprachtherapie [ ]  Ergotherapie |
| [ ]  **Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum** |
| [ ]  **Förderung Schwerpunkt Sehen/Hören** |
| [ ]  **keine ergänzende Förderung erforderlich**Bemerkungen: |

|  |
| --- |
| **Ziele der heilpädagogischen Frühförderung:**(auszufüllen, wenn heilpädagogische Frühförderung empfohlen wird) |
| **Lebensbereiche nach ICF** | **Förder- und Teilhabeziele**Entwicklungs- und Veränderungsziele und/oder Erhaltungs- und Stabilisierungsziele |
| [ ]  Lernen und Wissensaneignung: (Bewusste sinnliche Wahrnehmung und deren Verarbeitung, Elementares Lernen, Anwendung von Erlerntem, Denken, Problemlösung, Treffen von Entscheidungen) |  |
| [ ]  Allgemeine Aufgaben und Anforderungen: (Erledigung von Aufgaben, Einhaltung der täglichen Abläufe, Umgang mit schwierigen Situationen/Stress) |  |
| [ ]  Kommunikation (Aktive Lautbildung, Singen, nonverbale und verbale Kommunikation, Reaktion, Erkennen und Verstehen von Kommunikationsangeboten)  |  |
| [ ]  Mobilität: (Haltungsbewahrung, Haltungsverlagerung, Fortbewegung, Ausführung Grob- und feinmotorischer Aktivitäten) |  |
| [ ]  Selbstversorgung: (Umsetzung der Aktivitäten es täglichen Lebens im Bezug Köperpflege und Ernährung) |  |
| [ ]  Häusliches Leben: (Unterstützung/Mithilfe im Haushalt) |  |
| [ ]  Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen: (Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen) |  |
| [ ]  Bedeutende Lebensbereiche: (Teilhabe in den Bereichen Bildung und Erziehung) |  |
| [ ]  Gemeinschaft/soziales Leben: (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie) |  |

|  |
| --- |
| Empfohlene Anzahl der Fördereinheiten:       |

|  |
| --- |
| Die heilpädagogische Frühförderung wird grundsätzlich für 12 Monate bewilligt. Abweichungen in der Beantragung bitte angeben:  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Einrichtungsleitung Unterschrift zuständige/r HP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern/Personsorgeberechtigten