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