

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

Frühfördereinrichtung:
Name des/der fallführenden Pädagog*in:
Telefon:

### Heilpädagogische Frühförderung Förderplan

Erstdiagnostik

Datum:

Folgediagnostik

Datum:

Abschlussdiagnostik

Datum:

### Allgemeine Angaben

	Kind <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Elternteil 1 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Elternteil 2 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> 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

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

## Anamnestische Basisinformationen

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

<b>Vorstellungsanlass</b>

<b>Schwangerschaftsverlauf/Geburt:</b>
Geburtenfolge:
Schwangerschaftsverlauf:
Geburt:
Neonataler und frühkindlicher Verlauf in den ersten Monaten:

<b>Medizinische Vorgeschichte, Körperfunktionen und Körperstrukturen</b>
Erkrankungen und Befunde/Vorbefunde: (siehe auch beigegefügte 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:

<b>Familienanamnese</b>

<b>Entwicklungsverlauf unter Berücksichtigung von Ressourcen und Barrieren in Bezug auf</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aktivität und Teilhabe</li><li>➤ personenbezogene Faktoren</li><li>➤ bedeutsame Umweltfaktoren (materiell, sozial und einstellungsbezogen, inkl. familiärer Rahmenbedingungen)</li><li>➤ Auswirkungen der relevanten Faktoren im Bereich Körperfunktion/Körperstruktur</li></ul>
<b>Aus Sicht der Eltern/Bezugspersonen:</b>

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

--

**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: _____

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

**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:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum Kind:

LVR: GP-Nummer des Kindes:

LWL: Adressnummer des Kindes:

(Haltungsbewahrung, Haltungsverlagerung, Fortbewegung, Ausführung Grob- und feinmotorischer Aktivitäten)	
<input type="checkbox"/> <b>Selbstversorgung:</b> (Umsetzung der Aktivitäten es täglichen Lebens im Bezug Körperpflege und Ernährung)	
<input type="checkbox"/> <b>Häusliches Leben:</b> (Unterstützung/Mithilfe im Haushalt)	
<input type="checkbox"/> <b>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen:</b> (Fähigkeiten zur Gestaltung von Kontakten und Beziehungen)	
<input type="checkbox"/> <b>Bedeutende Lebensbereiche:</b> (Teilhabe in den Bereichen Bildung und Erziehung)	
<input type="checkbox"/> <b>Gemeinschaft/soziales Leben:</b> (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/Personensorgeberechtigten