



Stand: 09.06.2021

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

Zuständiger Träger der Eingliederungshilfe
--

## Interdisziplinärer Förder- und Behandlungsplan (FuB) – ICF basierte Bedarfsermittlung im Gesamtprozess der Komplexeleistung Frühförderung

Erst-FuB

Folge-FuB

Abschluss-FuB

Datum: \_\_\_\_\_

### 1. Personenbezogene Daten

#### 1.1. Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w  d

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_  
(sofern erforderlich)

In der Familie vorherrschende Sprachen: \_\_\_\_\_  
(Muttersprache)

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von Personensorgeberechtigten)

Behandelnde/r Vertragsarzt\*in: \_\_\_\_\_

## 1.2. Personensorgeberechtigte(r)

Personensorgeberechtigte(r) 1

leibl. Elternteil                       Adoption                       Pflegschaft                       Vormund

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von der Anschrift des Kindes)

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Personensorgeberechtigte(r) 2

leibl. Elternteil                       Adoption                       Pflegschaft                       Vormund

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von der Anschrift des Kindes)

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der/die Personensorgeberechtigten ist/sind

verheiratet                       ledig  geschieden                       verwitwet  
 getrennt lebend                       zusammenlebend                       sonstiges \_\_\_\_\_

## 1.3. Geschwister

keine                       Anzahl Geschwister

Geburtsdaten der Geschwister (Jahre): \_\_\_\_\_

nicht im gleichen Haushalt lebend                       im gleichen Haushalt lebend

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 1.4 Weitere Bezugspersonen und aktuelle Situation

(u.a. engerer Verwandtschaftskreis, Erzieherin, Familiensprache, Betreuungssituation...)

---



---



---



---



---



---



---



---

#### 1.5 frühkindliche/vorschulische Institutionen

Kindertagesstätte/Betreuung/	Anschrift	Ansprechpartner*in	Betreuungszeit	
			von (MM/JJ)	bis (MM/JJ)

#### 2. Aktueller Leistungsanspruch

Leistung	Bisher in Anspruch genommene Leistungen		Laufende Leistungen		Bereits beantragte Leistungen	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Heilpädagogik						
Ergotherapie						
Physiotherapie						
Logopädie						
Integrationshilfe in Kita						
Jugendhilfeleistungen						
Psychotherapeutische Behandlung						
Komplexleistung Frühförderung						
Hilfsmittel						
Sonstiges:						

2.1 Nahm Ihr Kind in den letzten 6 Monaten regelmäßig Medikamente ein?

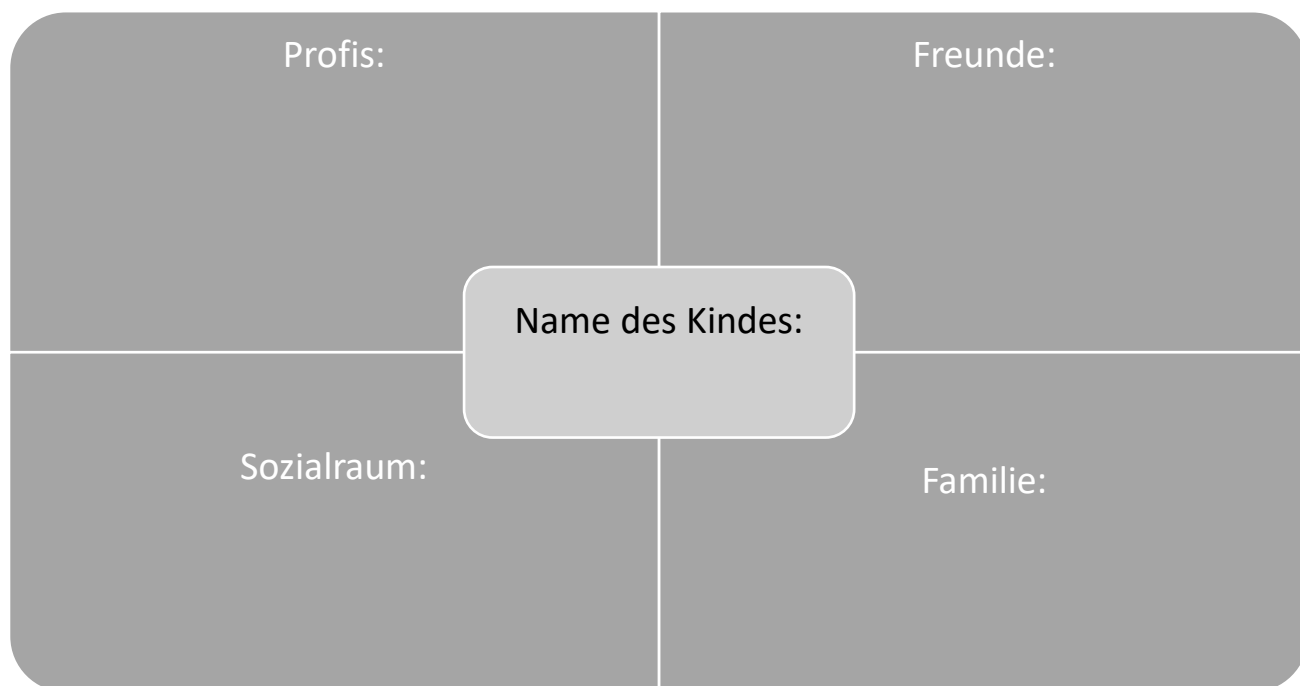
- ja, welche? \_\_\_\_\_
- nein
- Notfallmedikamente: \_\_\_\_\_

3. ICF-basierte Bedarfsermittlung

3.1 Beschreibung des Kindes (personenbezogene Faktoren, soz.-emo. Entwicklung)

3.2 Umweltfaktoren

3.2.1 Wichtige Personen



(Beispiele: Kinderarztpraxis, Spielgruppe, Nachbarn, Großeltern, Therapiepraxen, Hebammen, Jugendamt etc.)

### 3.2.2 Wechselwirkung (Kind – Umwelt, personell, materiell ...)

--

3.3 Beschreibung der gesundheitlichen Situation	ICD-Code	Ärztlich bzw. psychotherapeutisch festgestellt durch	am

3.4 Beschreibung der Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen	ICF-Code		

3.5	<b>Aktivität und Teilhabe</b> <input type="radio"/> D1 – Lernen und Wissensanwendung (d110-d199) <input type="radio"/> D2 – Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d210-d299) <input type="radio"/> D3 – Kommunikation (d310-d399) <input type="radio"/> D4 – Mobilität (d410-d499) <input type="radio"/> D5 – Selbstversorgung (d510-d599) <input type="radio"/> D6 – Häusliches Leben (d610-d699) <input type="radio"/> D7 – Interpersonelle Interaktion (d710-d799) <input type="radio"/> D8 – Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899) <input type="radio"/> D9 – Gemeinschafts- und Soziales Leben (d910-999)
<b>Beachte:</b>	<b>Für jeden angekreuzten Bereich muss die nächste Seite separat ausgefüllt werden. Bitte entspr. Kopieren!</b>

### Aktivität und Teilhabe

- D1 – Lernen und Wissensanwendung (d110-d199)
- D2 – Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (d210-d299)
- D3 – Kommunikation (d310-d399)
- D4 – Mobilität (d410-d499)
- D5 – Selbstversorgung (d510-d599)
- D6 – Häusliches Leben (d610-d699)
- D7 – Interpersonelle Interaktion (d710-d799)
- D8 – Bedeutende Lebensbereiche (d810-d899)
- D9 – Gemeinschafts- und Soziales Leben (d910-999)

### Allgemeine Beschreibung (Ressourcen., Risiken...)

### Ausmaß der Aktivität und/oder Teilhabe einschränkung (aus Sicht des Kindes bzw. der Eltern)

gar nicht       leicht       mäßig       erheblich       vollständig

### Welche Ressourcen stehen zur Verfügung bzw. können nutzbar gemacht werden?

### Veränderungswunsch des Kindes / der Personensorgeberechtigte

### Wechselwirkungen mit Körperfunktionen, -strukturen und/oder Kontext

#### 4. Förder- und Behandlungsplanung im Überblick

##### 4.1 Rehabilitations- und Teilhabezeile (max. 6 Ziele pro Bewilligungszeitraum)

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 1

ICF Codierung:

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 2

ICF Codierung:

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 3

ICF Codierung:

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 4

ICF Codierung:

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 5

ICF Codierung:

Entwicklungs- und Veränderungsziel bzw. Erhaltungs- und Stabilisierungsziel 6

ICF Codierung:

#### 4.2 Planung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

- Komplexleistung notwendig / empfohlen  (wenn ja, dann Pkt. 4.2.1. ausfüllen)  
 andere Maßnahmen notwendig / empfohlen  (wenn ja, dann Pkt. 4.2.2. ausfüllen)

##### 4.2.1 Empfehlungen für die Komplexleistung Frühförderung

(kindbezogene und familienbezogene Leistungen können gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und gegebenenfalls wechselnder Intensität erfolgen)

Gesamtkontingent für interdisziplinäre Leistungen im Bewilligungszeitraum:

(erbrachte interdisziplinäre Leistungen werden im Leistungsnachweis fachrichtungsspezifisch abgebildet)

Komplexleistung mit Schwerpunkt	Empfohlener Förder- und Behandlungszeitraum (von .... bis .....)
Heilpädagogik	
Physiotherapie	
Ergotherapie	
Logopädie	
Sonstige Maßnahmen	

Als durchzuführende Einrichtung zur Erbringung der Komplexleistung wird empfohlen:

- Interdisziplinäre Frühförderstelle \_\_\_\_\_   
 Überregionale Interdisziplinäre Frühförderstelle (Hören, Sehen, Autismus) \_\_\_\_\_   
 Sozialpädiatrisches Zentrum \_\_\_\_\_

##### 4.2.2 Empfehlungen für andere Einrichtungen / Maßnahmen

	Bemerkungen
Teilhabeleistung in Kita <input type="radio"/>	
Physiotherapeutische Praxis <input type="radio"/>	
Logopädische Praxis <input type="radio"/>	
Ergotherapeutische Praxis <input type="radio"/>	
Psychotherapeutische Praxis <input type="radio"/>	
Leistungen nach SGB VIII <input type="radio"/>	
Hilfsmittel <input type="radio"/>	
Andere: <input type="radio"/>	



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Personensorgeberechtigte / Vormund

\_\_\_\_\_  
Verantwortliche/r  
Arzt\*in

\_\_\_\_\_  
verantwortliche  
heilpädagogische Fachkraft

weitergeleitet an:  Träger der Eingliederungshilfe  Träger der Jugendhilfe  
 Krankenkasse  
 Andere: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

durch: (Name, Funktion) \_\_\_\_\_

Anlagen: \_\_\_\_\_

**Leistungsfeststellung - nur vom Rehabilitationsträger auszufüllen:**

Zuordnung zum Personenkreis  SGB IX / BTHG  
 SGB VIII  
 Krankenkasse  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Teilhabeeinschränkung liegt vor  ja  nein

Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des Rehabilitationsträgers

### 4.3 Stand der Zielerreichung (nach Bewilligungszeitraum)

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 1:**

- erreicht  nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 2:**

- erreicht  nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 3:**

- erreicht  nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 4:**

- erreicht  nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 5:**

- erreicht  nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

**Stand der Erreichung zum Entwicklungs- und Veränderungsziel 6:**

erreicht

nicht erreicht

Wenn nicht erreicht, beschreiben Sie die veränderte Zielplanung:

---

Welche Maßnahmen sollen zur Zielerreichung ergriffen werden?

---

Datum:

\_\_\_\_\_  
Kind

\_\_\_\_\_  
Personensorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Pädagoge/Pädagogin

\_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Therapeut/Therapeutin

\_\_\_\_\_  
ggf weitere Akteure