

Antrag/Förderplan

Erstellt von:		Name des MA	Name des MA
Bezeichnung der Einrichtung		<input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungsstelle Osterburg Ernst- Thälmann- Str. 14 39606 Osterburg Tel.: 03937/ 2506515	<input type="checkbox"/> Frühförder- und Beratungsstelle Stendal Dr.- Gustav- Nachtigal- Straße 5 39576 Stendal Tel.: 03931/ 314403
Träger	Lebenshilfe Osterburg g GmbH Düsedauer Str. 26 39606 Osterburg Tel.: 03937 / 2216100		

Stammdaten

Kind	
Name:	
Vorname:	
geb. am	
geb. in	
Muttersprache:	
Straße:	
PLZ / Ort:	
familienversichert bei:	Nr.:

<input type="checkbox"/> Eltern / <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigte (zutreffendes ankreuzen)		
	Mutter	Vater
Name:		
Vorname:		
Geb. am:		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Familienstand:		
Beruf/ausgeübte Tätigkeit:		
Staatsangehörigkeit:		
Muttersprache:		
Tel.:		
Mobil:		
E-Mail:		
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegekind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigte	
Name:	
Vorname:	
Tel.:	
Mobil:	
E-Mail:	

Förderplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdiagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

Krankenkassendaten	
Name:	
Anschrift:	
Krankenversicherungsnummer:	
gültig bis:	
Status:	Laut Internet auf Chip bei elektronischer Gesundheitskarte (für uns nicht auslesbar)

örtlich zuständiges Sozialamt				
<input type="checkbox"/>	Landkreis Stendal Sozialamt Hospitalstrasse 1-2 39576 Stendal	<input type="checkbox"/>	Landkreis Sozialamt	Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> Frau Molenda <input type="checkbox"/>

Kinder-/Hausarzt (Adresse und Telefonnummer)

Vorstellungsanlass			
<input type="checkbox"/> Empfehlung Kita	<input type="checkbox"/> Empfehlung Hausarzt/ Kinderarzt	<input type="checkbox"/> SPZ	<input type="checkbox"/> Familienhilfe
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Therapeut	<input type="checkbox"/> sonstige:	

1. Anamnestische Basisinformationen (gültige multiachsiale Klassifikation)

1.1 Geburt:			
<input type="checkbox"/> SSW	<input type="checkbox"/> Spontangeburt	<input type="checkbox"/> Sectio	<input type="checkbox"/> APGAR
<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht	<input type="checkbox"/> Länge	<input type="checkbox"/> Kopfumfang	
<input type="checkbox"/> Komplikation der Mutter in der Schwangerschaft			
<input type="checkbox"/> Komplikation beim Kind		Name der Hebamme:	
1.2 neonataler Verlauf:			
<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig:		
1.3 frühkindliche Entwicklung:			
<input type="checkbox"/> Sitzen	<input type="checkbox"/> Krabbeln	<input type="checkbox"/> Laufen	
<input type="checkbox"/> Sprachbeginn:		<input type="checkbox"/> sozial – emotionale Entwicklung	
<input type="checkbox"/> Sauberkeitsentwicklung	<input type="checkbox"/> am Tag:	<input type="checkbox"/> in der Nacht:	
1.4 Erkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Kind:		<input type="checkbox"/> Medikamente:	
<input type="checkbox"/> Mutter:		<input type="checkbox"/> Vater:	
1.5 Vorbefunde:			
<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> SPZ	<input type="checkbox"/> Klinik
<input type="checkbox"/> sonstige:			
1.6 Kinderbetreuung:			
<input type="checkbox"/> Kita	seit:	Einrichtung:	
<input type="checkbox"/> Hauskind			
1.7 familiäre und soziale Rahmenbedingungen:			
<input type="checkbox"/> Mutter	Schulbildung:	Ausbildung:	
<input type="checkbox"/> Vater	Schulbildung:	Ausbildung:	
<input type="checkbox"/> Geschwister:			

Förderplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdiagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

1.8 bisherige Therapie und Förderung:				
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	Beginn:		Ende:	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	Beginn:		Ende:	
<input type="checkbox"/> Logopädie	Beginn:		Ende:	
<input type="checkbox"/> sonstiges:	Beginn:		Ende:	
1.9 zusätzliche Hilfen (SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB XII):				
<input type="checkbox"/> Familienhilfe	<input type="checkbox"/> HzE	<input type="checkbox"/> SPFH	<input type="checkbox"/> ITE	<input type="checkbox"/> IFF
	<input type="checkbox"/> sFF	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sehen	
1.10 Anmerkungen:				

Pflegegrad

beantragt

vorhanden

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Grad der Behinderung

beantragt

vorhanden

in folgender Höhe:

Besondere psychosoziale Situation in der Familie:	
Beobachtung des Kindes im sozialen Umfeld:	
Bemerkungen	<input type="checkbox"/> Voraussichtliche Einschulung
	<input type="checkbox"/> ITE

Förderplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdiagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortliche/r Frühförderer/in)

Unterschrift (Einrichtung)

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit stimme ich zu, dass alle hier aufgeführten, d.h. die für die Beantragung der Leistungen notwendigen Daten dem Sozialhilfeträger mitgeteilt werden dürfen.

Hiermit beantrage(n) ich/wir Leistungen zur Sozialen Teilhabe gemäß §§ 99,113 Abs. 1,2 und 3 SGB IX in Verbindung mit § 79 SGB IX als heilpädagogische Leistungen zur Frühförderung für Kinder gemäß § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Datum

Unterschrift Eltern/Personensorgeberechtigte(r)

an das örtliche Sozialamt

weitergeleitet am:

Förderplan / Entwicklungsbericht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zutreffendes unterstreichen: Eingangsdagnostik Verlaufsdagnostik Abschlussdiagnostik

Entwicklungsbericht