

Anlage 3 zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

Krankenkasse bzw. Kostenträger					
Name, Vorname des Versicherten		geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	LANR:	Datum			

Für die Abrechnung IK-Kennzeichen

--

RE.-Nr.

--

Beleg-Nr.

--

Zuzahlung		Gesamt-Brutto	
Heilmittel-Pos.-Nr.		Faktor	

Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor

Geschlecht weiblich männlich

Förder- und Behandlungsplan für Komplexeleistungen

gemäß Rahmenvertrag zur Früherkennung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern (RV IFS)

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ (Monate) voraussichtlicher Beginn: _____ (Datum)

Diagnose / Befund des Arztes (unter Angabe der Leitsymptomatik):

ICD 10 (Bitte stets angeben): _____

Diagnose/ Befund der IFS (unter Angabe Fähigkeitsstörungen/Auswirkungen):

Behinderung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führt

	droht	liegt vor
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seelische Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Offenes Beratungsangebot wurde durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Komplexleistung ist notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Form und Umfang der Behandlung:

<input type="checkbox"/> Physiotherapie	ambulante Einzelbehandlung __ BE <input type="checkbox"/> je Monat	ambulante Gruppenbehandlung __ BE <input type="checkbox"/> je Monat	mobile Einzelbehandlung __ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat
<input type="checkbox"/> psychologische/ heilpädagogische Leistungen (incl. evtl. psychosozialer Leistungen)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)	__ BE (im Bewilligungszeitraum)

*Begründung für mobile Leistungserbringung: _____

Der Förder- und Behandlungsplan wurde unter Einbeziehung und Mitwirkung der Eltern erstellt.

Bemerkungen:

Arzt (Stempel, Unterschrift und Datum)

IFS (Stempel, Unterschrift und Datum)