

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gesamt-Zuzahlung	Gesamt-Brutto																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Heilmittel-Pos.-Nr.	Faktor																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>										
Rechnungsnummer																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
Belegnummer																					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					

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:

	ambulante Einzelbehandlung	ambulante Gruppenbehandlung	mobile Einzelbehandlung
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ 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)

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Gebührpflicht.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Gebührfrei	Name, Vorname des Versicherten		
Unfall/Unfallfolgen	geb. am		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
EWR/CH	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

IK des Leistungserbringers									

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

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:

	ambulante Einzelbehandlung	ambulante Gruppenbehandlung	mobile Einzelbehandlung
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ BE <input type="checkbox"/> je Monat	__ 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)

**Ausfertigung für den Leistungserbringer**

