

Förder- und Behandlungsplan

Teil A / Seite 1

Zusammenfassung

Neu- oder Folgeplanung

für den Zeitraum von - bis

Hinweis:

Die nachfolgenden Felder dürfen nur von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ ausgefüllt werden.

Behinderung, die zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft führen kann:

	droht	liegt vor		droht	liegt vor
Körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinnesbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Form und Umfang der medizinisch-therapeutischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Mobile Einzelbehandlung und Begründung
Ergotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>
Logopädie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>
Physiotherapie	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>

Hinweis: Die nachfolgenden Felder dürfen nur von heilpädagogischen Fachkräften der IFF / IÜFF oder SPZ ausgefüllt werden.

Empfehlungen zu Form und Umfang der heilpädagogischen Leistungen innerhalb der Komplexleistung:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Mobile Einzelbehandlung und Begründung
Heilpädagog. Leistungen	<input type="text"/> BE	<input type="text"/> BE	<input type="text"/>

Hinweis: Die nachfolgenden Felder sind von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ und von den heilpädagogischen Fachkräften der IFF/ IÜFF oder der SPZ auszufüllen.

Übergreifende Förder- und Behandlungsziele:

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

Name Kind

Vorname Kind

Geburtsdatum

Hinweis: Die nachfolgenden Felder sind von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ und von den heilpädagogischen Fachkräften der IFF / IÜFF oder der SPZ auszufüllen.

Begründung für Komplexleistung:

Die Komplexleistung wird in Verantwortung und Koordination durchgeführt:

durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum durch eine IFF / IÜFF

Ansprechpartner für die Komplexleistung (Adresse der Einrichtung):

Datum, Unterschrift,
Vertragsarztstempel

Datum, Unterschrift,
Stempel IFF / IÜFF

Datum, Unterschrift, Kenntnisnahme
Personensorgeberechtigte

Erklärungen zur Mitwirkung, zum Datenschutz und zur Schweigepflicht

Erklärung zur Mitwirkung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Die beantragte Leistung kann versagt oder beendet werden, wenn ich Angaben verweigere und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe vorliegen. Ferner ist mir bewusst, dass ich die Behandlung und damit die Rehabilitation meines Kindes zu unterstützen habe, soweit mir das möglich ist (aktive Mitwirkung). Komme ich dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, können die Rehabilitationsträger die Leistungserbringung beenden (vgl. § 66 SGB I).

Sollte ein Behandlungstermin aus einem wichtigen Grund nicht eingehalten werden können, teile ich dies dem Leistungserbringer umgehend mit.

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehenden Angaben – soweit diese ausschließlich für die Begutachtung und Entscheidung über eine Komplexleistung erforderlich sind – erhoben und diese, sofern notwendig, auch an behandelnde Therapeuten zur Erfüllung des Behandlungszweckes weitergegeben werden.

Informationen zum Datenschutz

Alle am Verfahren beteiligten Rehabilitationsträger und Leistungserbringer dürfen gemäß § 78 SGB X die Daten, die sie für die Bewilligung und Erbringung einer Komplexleistung übermittelt oder zur Kenntnis bekommen haben, nur zu dem Zweck verarbeiten oder nutzen, zu dem sie ihnen befugt übermittelt worden sind. Die Empfänger haben die Daten in demselben Umfang geheim zu halten wie die in § 35 SGB I genannten Stellen.

Ort, Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte

Förder- und Behandlungsplan

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

Teil B / Seite 3

Ärztliche Diagnostik & Befund

Neu- oder Folgeplanung

für den Zeitraum von - bis

 -

Hinweis: Der Förder- und Behandlungsplan (Teil B) darf nur von berechtigten Vertragsärzten oder Ärzten der SPZ erstellt werden. Informationen und Teilnahmeerklärung über die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. Hierfür ist die KVT-spezifische EBM-Ziffer 99930 berechnungsfähig.

B1. Diagnosen des Arztes

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

1.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

B2. Allgemeine Anamnese (kann bei Folgebehandlungsplan entfallen)

Schwangerschaft

unauffällig

Besonderheiten:

Geburt

unauffällig

Besonderheiten:

Bisherige Entwicklung:

Freies Laufen

unauffällig
(bis 18. Lm)

Besonderheiten:

2-Wortsätze

unauffällig
(bis 18. Lm)

Besonderheiten:

Sauberkeitserziehung

abgeschlossen mit
 Monaten

Enuresis nocturna / diurna

Enkopresis

B3. Aktuelle Anamnese

B4. Aktuelle Entwicklungseinschätzung
(zum Ankreuzen):

	Nicht altersentsprechend		Nicht altersentsprechend		Methode	
	Nicht untersucht	Altersentsprechend	Leicht unterdurchschnittlich (3 - 6 Mo.)	Deutlich unterdurchschnittlich (> 6 Mo.)	Klinische Untersuchung	Standardisierter Test (Name)
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sozialverhalten / Emotionalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Bei Bedarf:

Sehtest unauffällig auffällig. Visus: Testverfahren:

Sehhilfe nein ja:

Hörtest unauffällig auffällig **R:** dbHL **Test:** Tonaudio Pilot andere:
L: dbHL

Hörhilfe nein ja:

B5. Weitere Befunde (soweit sie für die geplante Komplexleistung von Bedeutung sind):

B6. Sonstige Hilfsmittel:

B7. Laufende medikamentöse Behandlung
(insbesondere Notfallmedikamente):

- Nein
- Ja, gemäß beigefügtem bundeseinheitlichem Medikationsplan

Datum, Unterschrift Arzt

Vertragsarztstempel

Heilpädagogische Diagnostik (Förderplanung)

Neu- oder Folgeplanung für den Zeitraum von - bis -

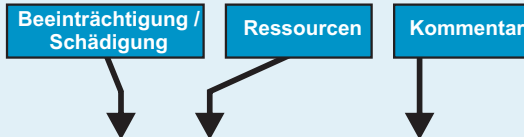
Hinweis:

Der Förder- und Behandlungsplan (Teil C) darf nur von der heilpädagogischen Fachkraft der IFF / IÜFF / SPZ erstellt werden.

C1. Leistungsgeschehen in den letzten 12 Monaten (Leistungen / Hilfsmittel):

- Logopädie
 - Ergotherapie
 - Physiotherapie
 - Heilpädagogische Leistungen
- ggf. Bemerkungen:

C2. Körperfunktionen nach ICF (nur Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen):



Mentale Funktionen (b 110 - b 199)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
b 117 Funktionen der Intelligenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 122 Psychosoziale Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 140 Funktionen der Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 144 Funktionen des Gedächtnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 147 Psychomotorische Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 152 Emotionale Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 156 Funktionen der Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 167 Kognitiv-sprachliche Funktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Sinnesfunktionen und Schmerz (b 210 - b 299)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
b 210 Sehsinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 230 Hörsinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 235 Vestibuläre Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 265 Tastsinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 280 Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Stimm- und Sprechfunktion (b 310 - b 399)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
b 310 Funktionen der Stimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 320 Artikulationsfunktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 330 Funkt. des Redeflusses / Sprechrh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b 340 Alternative stimmliche Äußerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

C2. Körperfunktionen nach ICF (Fortsetzung, nur Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen):Beeinträchtigung /
Schädigung

Ressourcen

Kommentar

Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (b 410 - b 499)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsels- und des endokrinen Systems (b 510 - b 599)

b 525 Defäkationsfunktionen (Kontinenz)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems (b 610 - b 699)

b 610 Harnbildungsfunktionen

b 620 Miktionsfunktionen (Harnkontinenz, Blasenentleerung)

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Faktoren (b 710 - b 799)

b 730 Funktionen der Muskelkraft

b 735 Funktionen des Muskeltonus

b 750 Funktionen der motorischen Reflexe

b 760 Funktionen der Kontrolle von Willkürbewegungen

b 770 Funktionen der Bewegungsmuster beim Gehen

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde (b 810 - b 899)

b 810 Schutzfunktionen der Haut

	Beeinträchtigung / Schädigung	Ressourcen	Kommentar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C3. Stichworte zur aktuellen Situation / Umweltfaktoren des Kindes**a) Aktuelle Situation in der Familie / in der Erziehungssituation:****b) Umweltfaktoren / Unterstützung und Barrieren im Umfeld der Erziehungssituation:**

Mobilität (e 120), Kommunikation (e 125), usw.:

c) Unterstützung oder Beeinträchtigung der Beziehungen zum Kind aus den Bereichen: Familie (e 310, e 315), Freunde (e 320), persönl. Hilfspersonen (e 340), Pädagogen, z. B. Kita (e 360), usw.:**C4. Persönliche Faktoren und Beschreibung des Kindes****a) Personenbezogene Ressourcen**

Stichworte zu den angegebenen Fähigkeiten des Kindes und der Bezugsperson oder im Umfeld zur Kompensation / Bewältigung / Stabilisierung:

C5. Fähigkeiten und Beeinträchtigung in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe

ICF Kapitel Aktivität

- ① Lernen / Wissensanwendung
- ② Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
- ③ Kommunikation
- ④ Mobilität
- ⑤ Selbstversorgung
- ⑥ Häusliches Leben
- ⑦ Interpersonelle Interaktionen
- ⑧ Bedeutende Lebensbereiche
- ⑨ Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

E R L Ä U T E R U N G E N

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht anwendbar / feststellbar
- i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

Kommentare / Hinweise:

①	d 110 Zuschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 115 Zuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 120 Andere sinnliche Wahrnehmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 130 Nachmachen, nachahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 131 Lernen durch Handeln mit Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 132 Informationen erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 133 Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 134 Zusätzliche Sprache erwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 135 Üben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 137 Konzepte aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 155 Sich Fertigkeiten aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 160 Aufmerksamkeit fokussieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 161 Aufmerksamkeit lenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 163 Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 175 Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	d 177 Entscheidungen treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
②	d 210 Einzelaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d 220 Mehrfachaufgaben übernehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d 240 Mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	d 250 Sein Verhalten steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
③	d 310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d 315 Kommunizieren als Empfänger nonverbaler Mitteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d 330 Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d 331 Präverbale Mitteilungen produzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	d 350 Konversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
④	d 410 Elementare Körperposition wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 415 In einer Körperposition bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 420 Sich verlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 430 Gegenstände anheben und tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 435 Gegenstände mit den unteren Extremitäten bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 440 Feinmotorischer Handgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 445 Hand und Arm gebrauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 450 Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5. Fähigkeiten und Beeinträchtigung in Bezug auf Aktivitäten und Teilhabe (Fortsetzung)

ICF Kapitel Aktivität

- ① Lernen / Wissensanwendung
- ② Allgemeine Aufgaben / Anforderungen
- ③ Kommunikation
- ④ Mobilität
- ⑤ Selbstversorgung
- ⑥ Häusliches Leben
- ⑦ Interpersonelle Interaktionen
- ⑧ Bedeutende Lebensbereiche
- ⑨ Gemeinschafts- / Soziales / staatsbürgerliches Leben

ERLÄUTERUNGEN

- keine Beeinträchtigung
- v verzögert
- leichte Ausprägung
- mäßig ausgeprägte Beeinträchtigung
- erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung
- voll ausgeprägte Beeinträchtigung
- ∅ nicht anwendbar / feststellbar
- i Weitere Informationen nötig

Fähigkeiten

Kommentare / Hinweise:

④	d 455 Sich auf andere Weise fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 460 Sich in verschiedenen Umgebungen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 465 Sich unter Verwendung von Geräten / Ausrüstung fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	d 470 Transportmittel benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
⑤	d 510 Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 520 Seine Körperteile pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 530 Die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 540 Sich kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 550 Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 560 Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 570 Auf seine Gesundheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	d 571 Auf eigene Sicherheit achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
⑥	d 660 Anderen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
⑦	d 710 Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	d 7104 Soziale Zeichen in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	d 7105 körperlicher Kontakt in Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	d 7106 Unterscheidung bekannter Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	d 730 Mit Fremden umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	d 760 Familienbeziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
⑧	d 810 Informelle Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	d 880 Sich mit Spielen beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	d 8800 Solitärspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	d 8801 Beobachtungsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	d 8802 Parallelspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	d 8803 Gemeinsames Kooperationsspiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
⑨	d 910 Gemeinschaftsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	d 920 Erholung und Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	d 930 Religion und Spiritualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	d 940 Menschenrechte / Kinderrechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. Ziele und WünscheEntwicklungsfokus
des Kindes:Ziele der Bezugsperson /
Personen-
sorgeberechtigten:**C7. Heilpädagogische Förderplanung****Persönliche Ziele für das Kind:**

Ziel 1:

Vorgehen:

Ziel 2:

Vorgehen:

Ziel 3:

Vorgehen:

Ziele für das Kind im Bereich Versorgung / häusliches Leben:

Ziel 4:

Vorgehen:

Ziel 5:

Vorgehen:

Ziele für das Kind im Bereich soziales Leben und bedeutende Lebensbereiche / Spiel:

Ziel 6:

Vorgehen:

Ziel 7:

Vorgehen:

Datum

Verantwortliche heilpädagogische Fachkraft / Stempel / Unterschrift