

Ärztliches Attest – Förderplan

Personalien der betroffenen Person

Name: Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>

Anschrift des Arztes

Name des Arztes: Fachrichtung: Anschrift:
Telefon: Telefax: E-Mail:
Tag der Untersuchung: _____

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____ (Monate)

voraussichtlicher Beginn: _____ (Datum)

1. Diagnose über Art und Ausmaß der bestehenden Behinderung/en unter Verwendung des ICD-10:

Eine Behinderung liegt vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Eine drohende Behinderung liegt vor, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

2. Auswirkung/en der Behinderung/en auf die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

_____ Die Teilhabe ist beeinträchtigt _____

3. Umfang und Form der Behandlung

Isolierte heilpädagogische Leistungen

Anzahl mobile Einzelbehandlung BE im Bewilligungszeitraum
(darf insgesamt 72 BE pro Jahr nicht überschreiten)

4. Die vorgeschlagene Maßnahme ist aufgrund folgender Behinderungsart/en erforderlich:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> drohende geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) geistige Behinderung |
| <input type="checkbox"/> drohende körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) körperliche Behinderung |
| <input type="checkbox"/> drohende seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> (wesentliche) seelische Behinderung |

5. Ist die vorgeschlagene Maßnahme überwiegend aus erzieherischen Gründen notwendig?

- ja nein

Wenn ja, warum

- um die Verarbeitung und den Umgang mit den Störungen zu unterstützen.
- Um die Integration in die Familie und die Lebenswelt zu gewährleisten.
- damit trotz der Auffälligkeiten Lebensperspektiven entwickelt werden können.
- damit eine möglichst hohe Normalität im Alltag erreicht werden kann.
- _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des
Arztes