

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

Anlage 2a

Förder- und Behandlungsplan gemäß § 7 FrühV

Therapieänderungsplan

1. Förder- und Behandlungsziele (Falls Änderungen gegenüber d. Ersterstellungs- bzw. Folgebehandlungsplan)

Laufende medikamentöse Behandlung (soweit dies für die geplante Komplexleistung von Bedeutung ist)

3. Medizinisch-therapeutische Leistungen (vom Arzt auszufüllen)

Heilmittel in Form von:

		Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung	Behandlungs- dauer
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik/ Physiotherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate
<input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	mit ___ BE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ Monate

medizinisch-therapeutische Leistungen sind mobil im häuslichen Umfeld
erforderlich mit ___ BE*

Begründung: _____

*(BE = Behandlungseinheit / 60 Minuten)

4. Handlungsempfehlungen an Eltern und weitere Bezugspersonen im häuslichen Umfeld (Falls Änderungen zum Ersterstellungs-bzw. Folgebehandlungsplan eingetreten sind)

Ort / Datum _____

Behandelnder
Arzt Stempel/Unterschrift

Kenntnisnahme der Eltern/ Personensorgeberechter