

Name der entgegennehmenden Stelle

Landratsamt Weimarer Land
Sozialamt
Allgemeiner Sozialer Dienst
Bahnhofstr. 28
99510 Apolda

Sozialamt

**Bahnhofstraße 28
99510 Apolda**

PF 1354
99503 Apolda

Telefon: +49 3644 540-0
Telefax: +49 3644 540-850
post.sozialamt@weimarerland.de

Ärztliche Bescheinigung (vom behandelnden Kinderarzt/Facharzt auszufüllen)
**zur Feststellung der Leistungsvoraussetzungen in Form beantragter heilpädagogischer Leistung
im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX**

Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Zustandsbeschreibung/Diagnosen des Arztes

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung:

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Allgemeine Anamnese

Schwangerschaft: unauffällig

Besonderheiten:

Geburt: unauffällig

erfolgte in der Schwangerschaftswoche:

Geburtsgewicht: g

Besonderheiten:

Bisherige Entwicklung: Wann? (Lebensmonat) unauffällig auffällig Bemerkungen:

freies Sitzen ⇒

freies Laufen ⇒

erste Worte ⇒

2-Wortsätze ⇒

Verhalten ⇒

Sauberkeitserziehung abgeschlossen

Enuresis nocturna/diurna

Enkopresis



Geht die Krankheit/Beeinträchtigung auf einen Unfall zurück (auch während der Schwangerschaft) oder ist sie Folge eines Impfschadens oder einer Gewalttat?

nein

ja (Art und Umfang):

Aktuelle Entwicklungseinschätzung (zum Ankreuzen)

altersentsprechend

leicht unterdurchschnittlich
(3 - 6 Monate)

deutlich unterdurchschnittlich
(> 6 Monate)

Grobmotorik:

Feinmotorik:

Kognition:

Sprachverständnis:

Sprachwortschatz:

Artikulation:

Sprachfluss:

Sozialverhalten:

Sozio-emotionale Entwicklung:

Liegt eine Störung der Sinnesorgane vor?

Sehbeeinträchtigung nein ja ⇨

Hörbeeinträchtigung nein ja ⇨

Form und Umfang medizinisch-therapeutischer Leistungen

keine

wird angebahnt

wird gegenwärtig durchgeführt

bereits beendet

Ergotherapie

Logopädie

Physiotherapie

Kinder- und Jugendpsychotherapie

SPZ - Anbindung

Weitere Befunde/Anmerkungen (soweit sie für die geplante Leistung von Bedeutung sind):

Datum

Unterschrift, Arzt

Stempel