

Rücksendung bitte an:

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

**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	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
freies Laufen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
erste Worte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
2-Wortsätze	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Verhalten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒	_____
Sauberkeitserziehung	_____	abgeschlossen	<input type="checkbox"/>	Enuresis nocturna / diurna <input type="checkbox"/> Enkopresis <input type="checkbox"/>

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

- nein
- ja, folgender (Art und Umfang): \_\_\_\_\_

aktuelle Entwicklungseinschätzung (zum Ankreuzen)

	altersentsprechend	leicht unterdurchschnittlich (3 - 6 Monate)	deutlich unterdurchschnittlich (> 6 Monate)
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachwortschatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artikulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sozio-emotionale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPZ - Anbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Datum	Unterschrift, Arzt	Stempel
-------	--------------------	---------

Rücksendung bitte an:

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

## Einschätzung der Kindertageseinrichtung

zur Feststellung der Teilhabebeschränkung für Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Kinder in Form beantragter heilpädagogischer Leistung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX

### Persönliche Angaben des Kindes

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Ort	
Anschrift	
Familiensituation	

### Angaben zur Einrichtung

Name der Kindertageseinrichtung			
Anschrift			
Tel.-Nr. / E-Mail			
Aufnahme des Kindes in die Kita			
Name Bezugserzieher/in		Name der Gruppe	

Wurde im Vorfeld die **Beratung für Kinder mit besonderem Förderbedarf** in Anspruch genommen?

nein

ja ⇒ Ansprechpartner:

↳ Mit welchem Ergebnis?

### Ressourcen / Stärken / Vorlieben des Kindes

**Einschätzung des Entwicklungsstandes des Kindes**

(Falls der vorgeschriebene Platz nicht ausreichend ist – bitte ein Zusatzblatt benutzen!)

Auffälligkeiten und / oder Verzögerungen	Einschätzung der TEILHABEEINSCHRÄNKUNG im jeweiligen Bereich	
	nein	ja → <b>Begründung</b>
körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →
sozial-emotionale Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →

**Beobachtung und Dokumentation der Entwicklung des Kindes**

Folgende Entwicklungsdokumentation ist als Anlage beigefügt:

Entwicklungsprofil nach K. Beller Auswertungsdatum: .....

andere Beobachtungsinstrumente: ..... Auswertungsdatum: .....

**Zur Feststellung der Teilhabeeinschränkung bitten wir um Ihre Mitwirkung und Beantwortung der o.g. Fragen. Bitte fügen Sie auch die Dokumentation der Entwicklungsbeobachtung für das o.g. Kind in Kopie hinzu. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Datum	Name, Unterschrift Bezugserzieher/in	Name, Unterschrift Kita-Leitung
-------	--------------------------------------	---------------------------------