



**Ärztliche Bescheinigung zur Einleitung einer heilpädagogischen Frühförderung (HFF) in ambulanter / mobiler Form nach dem Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	

**1. Diagnose-Erhebung**

Das oben genannte Kind wurde heute in meiner Sprechstunde vorgestellt.

**Diagnose** (Befund und Diagnose (Codierung nach ICD-10) einschließlich Feststellung über Art, Ausmaß und voraussichtliche Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Diagnose HNO-Arzt: .....

Diagnose Arzt für Augenheilkunde: .....

Diagnose laut SPZ-Bericht: .....

**2. Klassifizierung der gesundheitlichen Funktionseinschränkungen**

Aufgrund der angeführten Krankheit / Behinderung (1) liegt eine

- körperliche Entwicklungsstörung
  - statomotorische Entwicklungsstörung
  - geistige Entwicklungsstörung
  - Störung der Sinnesorgane
  - Sprach- und Sprechstörungen
  - Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
  - .....
- vor.

(1) Körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behinderte Personen, bei denen infolge einer körperlichen Regelwidrigkeit, einer Schwäche der geistigen Kräfte oder infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft nicht nur vorübergehend (länger als 6 Monate) in erheblichem Umfang beeinträchtigt ist.



### 3. Feststellung der Behinderung

Das Kind ist wesentlich behindert:

JA  NEIN

Das Kind ist von einer nicht nur vorübergehenden wesentlichen Behinderung (2) bedroht:

JA  NEIN

Gegebenenfalls welche? .....

Begründung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(2) Von einer wesentlichen Behinderung bedroht, sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

---

Ort / Datum

---

Stempel / Unterschrift des Arztes/ der Ärztin  
Facharzttitel und/oder Funktionsbezeichnung