Leistungsnachweis über die interdisziplinäre Frühförderung nach § 46 i.V.m. 79 SGB IX (Anlage 6) :

Zuname, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

GP-/ZAD-Nummer des Kindes: _____

Versicherung und Versichertennummer des Kindes: _____

Anschrift Einrichtung / Leistungserbringer: _____

_____

_____

GP-/ZAD-Nummer der Einrichtung: _____

IK: _____

Erklärung / Legende:

HP = Heilpädagogik

MT = medizinisch-therapeutisch

EB = Elternberatung

FE= Fördereinheit

GP-Nummer im Bereich des **LVR**

ZAD-Nummer im Bereich des **LWL**

IK= Institutionskennzeichen

Im Monat _____ 20_____ wurde für das o.g. Kind nachfolgende Leistungen erbracht:

Nr.	Datum	Wie wurde die FE erbracht?					Inhalt der FE			Bestätigung	
		ambulant (*in der IFF*)	mobil (*z.B. Elternhaus, Kita, Tagespflege*)	Einzeln	Gruppe	Anzahl geförderter Kinder in Gruppe	HP	MT	EB	Namen/Unterschrift der durchführenden Fachkraft der IFF	Familie/ ggfs. Einrichtung o. Kindertagesbetreuung Name / Unterschrift