

**Leistungen der Eingliederungshilfe**  
**Ärztliches/Psychologisches Zeugnis**

zurück an: <b>Bezirk Schwaben</b> <b>86147 Augsburg</b>
<u>Eingegangen am:</u>  

Heilpädagogische Leistungen für Kinder und Jugendliche zur Integration in einer Kindertagesstätte/Heilpädagogische Tagesstätte und zur Finanzierung eines Individualhelfers (§§ 53, 54 SGB XII, §§ 55 Abs. 2 Nr. 2, 56 SGB IX)

**A. Personalien des Kindes**

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	

**B.1 Beschreibung des behinderungsbedingten Zustandes**

(Befund, Diagnose, einschließlich Darlegung von Art und Ausmaß und voraussichtlicher Dauer von Funktionsstörungen infolge Krankheit oder Behinderung – bei Platzmangel Beiblatt verwenden! \*)  
Bitte ICD-10 Nr. angeben.

---

---

---

---

**Die nachfolgend zu treffenden Einordnungen sind notwendig.** Hiervon hängt die Leistungsberechtigung als auch die Zuständigkeit des Sozial- oder Jugendhilfeträgers ab.

**Das Kind gehört zum Personenkreis der                      Art der Behinderung**

bitte beide Spalten beantworten

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wesentlich behinderten Menschen                                 | <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch |
| <input type="checkbox"/> von einer wesentlichen Behinderung (konkret) bedrohten Menschen | <input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> geistig <input type="checkbox"/> seelisch |

**B.2 Teilhabebeeinträchtigung**

Die Fähigkeit zur Teilhabe am Leben ist aus ärztlicher Sicht wegen dieser Behinderung eingeschränkt.

- ja    nein

Nach der Rechtsprechung des VG Augsburg ist in diesem Zusammenhang die selbst bestimmte und altersgerechte Ausübung sozialer Funktionen und Rollen in den zentralen Lebensbereichen Familie, Schule und Freizeit zu beurteilen. Die Beeinträchtigung der Teilhabe muss sich jedoch nicht auf alle Lebensbereiche erstrecken. Vielmehr reicht es aus, wenn eine solche auch nur in einem einzigen dieser zentralen Lebensbereiche gegeben ist oder droht. Auch genügt eine Beeinträchtigung zur Teilhabe. Ein vollständiges Unvermögen zur Teilhabe ist nicht erforderlich.

\*) Notwendig sind Angaben, aus denen geschlossen werden kann, ob und warum der Untersuchte zum Personenkreis der körperlich, geistig, seelisch oder anderweitig nicht nur vorübergehend wesentlich behinderten Menschen oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedrohten Menschen gehört.

**C. Vorschläge des behandelnden Arztes**

**C.1 Als Hilfsmaßnahme wird vorgeschlagen:**

siehe Anlage

---

---

---

**C.2 Begründung des Vorschlages zu C.1**

---

---

---

---

**C.3 Als Einrichtungen für die Maßnahmen kommen in Betracht / werden empfohlen:**

---

---

---

**C.4 Dauer der Maßnahme**

- 6 Monate                       12 Monate                       länger, ggf. bis zu welchem Termin

**C.5 Jugendhilferechtliche Maßnahmen**

Es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass überwiegend erzieherische Gründe die vorgeschlagenen Maßnahmen notwendig machen.

- nein                       ja                       kann nicht beurteilt werden

Wenn ja, bitte aufschlüsseln (z.B. defizitäre familiäre / häusliche Verhältnisse).

---

---

---

**C.6 Sonstige Vorschläge und Anmerkungen**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Psychologen und Stempelabdruck