

## Checkliste

Für die Beantragung der Autismus Therapie

Was wird benötigt:

-Fragebogen zum ersten Elterngespräch ausgefüllt mitbringen

-Diagnosebericht der Klinik / KJP Praxis (mind. Verdachtsdiagnosebericht) muss ans Fachamt Eingliederungshilfe und an die Krankenkasse des Kindes

-Schweigepflichtsentbindung der Eltern für die Beantragung der Autismus Therapie (stellvertretend für die Eltern, sofern die Eltern Unterstützung benötigen)

-U-Hefte des Kindes sollten parat sein / mit in den Antrag

-Geburtsurkunde des Kindes sollte herausgesucht werden und in Kopie mitgesendet werden ans Fachamt EGH

- Anschreiben der Eltern Formloser Antrag für spezialisierte Autismus Therapie mit dem Vermerk das DRK Frühförderzentrum soll die Therapie übernehmen

- Befürwortung / Ablehnungsschreiben der Krankenkasse zur Beteiligung an der Autismus Therapie

**Autismus Therapie kann zusätzlich zu einem I Platz / Komplexleistungen /HPL beantragt werden. Hierzu muss mindestens eine Verdachtsdiagnose vorliegen.**

## Fachamt Eingliederungshilfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen für Kind ....., geb. am .....  
spezialisierte Autismustherapie.

Wir beantragen parallel die Befürwortung und Unterstützung der Therapie bei der KK und erbitten deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung.

Aus diesem Grund stellen wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff SGB XII) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die KK.

Wir möchten die Autismus Therapie beim Therapiezentrum DRK Hamburg Harburg e.V., IFF, Rote-Kreuz-Straße 3-5, 21073 Hamburg stattfinden lassen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistung betreffend nehmen Sie bitte Kontakt mit der IFF Leitung auf unter [autismustherapie@drk-harburg.hamburg](mailto:autismustherapie@drk-harburg.hamburg)

Wir freuen uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

---

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

An die KK des Kindes

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen für Kind ....., geb. am .....  
spezialisierte Autismustherapie.

Wir beantragen parallel EGH beim Fachamt Eingliederungshilfe und erbitten deshalb Ihrerseits eine Kostenbeteiligung an der Autismus-spezifischen Förderung oder eine Ablehnung der Kostenbeteiligung. Aus diesem Grund stellen wir den Antrag für ambulante Autismus Therapie

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden in der Regel von der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff SGB XII) übernommen. Möglich wäre aber bei feststehender Diagnose die Beteiligung durch die KK.

Wir möchten die Autismus Therapie beim Therapiezentrum DRK Hamburg Harburg e.V., IFF, Rote-Kreuz-Straße 3-5, 21073 Hamburg stattfinden lassen.

Für Fragen der Vereinbarungen der Leistung betreffend nehmen Sie bitte Kontakt mit der IFF Leitung auf unter [autismustherapie@drk-harburg.hamburg](mailto:autismustherapie@drk-harburg.hamburg)

Wir freuen uns über eine umgehende Bewilligung, - oder eine entsprechende Ablehnung, um die Inklusion des Kindes in der Teilhabe fokussiert stärken zu können.

---

Unterschrift

## **Fragebogen Anamnese für Autismusförderung**

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Fragen beantwortet durch:

Fragebogen ausgefüllt am:

Zeigt das Kind Besonderheiten im Essverhalten? Mag es bestimmte Konsistenzen nicht?

Isst es immer die gleichen Dinge? Ist es besonders wählerisch bei neuem Essen?

Wie ist das Schlafverhalten? Schläft es schnell ein/ kommt zur Ruhe, schläft es durch?

Wie sieht der Alltag im häuslichen Umfeld aus? Gibt es etablierte Routinen, an dem sich das Kind orientieren kann?

Wie verhält das Kind sich, wenn ein Tag außer planmäßig verläuft?

Was spielt / Mit welchen Spielsachen spielt das Kind gerne?

Was mag ihr Kind gar nicht?

Spielt das Kind eher für sich oder kann es andere Kinder ins Spiel einbeziehen?

Zeigt das Kind Zwänge / Tics/ Laute, wenn Stress entsteht?

Wie zeigt das Kind Wut?

Kann das Kind zeigen, wenn es traurig ist?

Zeigt das Kind eine geringe Frustration, wenn es Begrenzung erlebt?

Zeigt das Kind in Frustrationssituationen selbst- und oder fremdverletzendes Verhalten?

Zeigt das Kind repetitive Verhaltensmuster/ muss es Dinge immer auf die gleiche Weise durchführen, damit innere Ruhe entsteht?

Hat das Kind Weglauftendenzen?

Wie lässt sich das Kind beruhigen, wenn es aufgebracht ist?

Wie geht das Kind in Kommunikation mit Mama / Papa, um Bedürfnisse zu kommunizieren?

Wie zeigt sich das Kind in der Begegnung mit neuen Menschen?

Kann das Kind sich auf 1:1 Situationen einlassen?

Welche Rolle hat das Kind im Gruppengeschehen mit anderen Kindern?

Geht das Kind gerne in die Kita/ Spielgruppe/ Schule?

Wie reagiert das Kind auf Geräusche/ Gerüche?

Wurde bereits mit Teacch / Metacom Material gearbeitet in der alten Kita/ Schule?

Hat das Kind eventuell bereits mit einem Timetimer gearbeitet / Eieruhr, um Beendigungen von Spielsituationen planbar zu machen?

Hat das Kind bereits ein Termin im UKE / WOI zur Überprüfung der Verdachtsdiagnose?

Findet die Einnahme regelmäßiger Medikation statt?

Fand bereits ERGO und / oder Logopädie / Frühförderung statt?

Ist Autismus Therapie geplant / beantragt nach §35 a, SGB VIII?

Steht Ihr Kind bereits auf einer Warteliste für Autismus Therapie in HH?

# Checkliste SGB IX

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

ggf. Aufenthaltsstatus (-titel): \_\_\_\_\_

gültig bis: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

Bankverbindung, IBAN: \_\_\_\_\_

ggf. BIC: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Bankverbindung, IBAN: \_\_\_\_\_

ggf. BIC: \_\_\_\_\_

Kranken- und Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Grad der Schädigung: \_\_\_\_\_

Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Sonstige Ansprechperson bei Notfällen  
(z. B. Freunde, Nachbarn, Angabe freiwillig):

\_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Bei Zuzug nach Hamburg

Seit wann wohnen Sie in Hamburg:

\_\_\_\_\_

Anschrift vor Zuzug nach Hamburg:

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits früher  
Eingliederungshilfe erhalten?

\_\_\_\_\_

Falls ja, von wann bis wann:

\_\_\_\_\_

Letzter zuständiger Träger:

\_\_\_\_\_

**Im gleichen Haushalt lebende Angehörige (Name und Familien-Verhältnis):**

---

---

---

---

**Einkommen/Ansprüche**

Erhalten Sie existenzsichernde Leistungen oder wurden diese beantragt?

JA                       NEIN

**Wenn ja**, nach welchem Gesetz (Nachweis bitte beilegen):

- SGB II ("Hartz IV")
- SGB XII (Grundsicherung/Sozialhilfe)
- § 27a Bundesversorgungsgesetz

**Wenn nein**, bitte folgende Angaben zu Einkommen und Vermögen ausfüllen:

Bitte geben Sie bei allen Einkünften den Brutto-Betrag an und legen Sie geeignete Nachweise bei (z.B. Rentenbescheide, Kontoauszüge, o.ä.).

Einkünfte aus Erwerbstätigkeit (selbstständig oder nichtselbstständig): \_\_\_\_\_

Einkünfte aus gewerblicher Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Leistungen des Rententrägers: \_\_\_\_\_

ggf. ausländische Renten: \_\_\_\_\_

Pensionen/Betriebl. Altersversorgung: \_\_\_\_\_

Sonstige Renten: \_\_\_\_\_

Mieteinnahmen: \_\_\_\_\_

Sonstige Einnahmen (z. B. Zinsen): \_\_\_\_\_

Bargeld: \_\_\_\_\_

Bank-/Sparguthaben: \_\_\_\_\_

Wertpapiere/Aktien: \_\_\_\_\_

Kraftfahrzeuge: \_\_\_\_\_

Modell, Baujahr, Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Haus-/Grund-/Wohneigentum: \_\_\_\_\_

Selbst bewohnt? \_\_\_\_\_

Wohnrechte/Nießbrauch: \_\_\_\_\_

Genossenschaftsanteile: \_\_\_\_\_

Mietkaution: \_\_\_\_\_

Lebensversicherung: \_\_\_\_\_

Bestattungsvorsorge: \_\_\_\_\_

Renten-/Kapitalversicherungen: \_\_\_\_\_

Sterbegeldversicherung: \_\_\_\_\_

Bausparverträge: \_\_\_\_\_

Vermögen im Ausland (Haus-/Grund-  
/Wohnungseigentum, Geldvermögen,  
Vermögensgegenstände sowie  
Wertpapiere): \_\_\_\_\_

Schenkungen an andere Personen  
(innerhalb der letzten 10 Jahren): \_\_\_\_\_

Sonstiges Vermögen (z. B. wertvolle  
Gegenstände, Möbel oder Gemälde): \_\_\_\_\_

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben vollständig und richtig sind und der Wahrheit entsprechen, und ich Änderungen unverzüglich und unaufgefordert mitteilen werde.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) und Therapiepraxis DRK Harburg Hamburg e.V. im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes:

\_\_\_\_\_ , geb.: \_\_\_\_\_

sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

1.

oder von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

**1. Fachamt Eingliederungshilfe, Kurt-Schuhmacher Allee 4, 20097 Hamburg**

einholen kann.

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass das IFF von den o. g. Ärzten oder von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der therapeutischen Förderung erforderlich sind. Diese Befunde können in die Diagnostik, den Förder- und Behandlungsplan und den Entwicklungsbericht einfließen. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Berichte des Interdisziplinären Frühförderzentrums über die Behandlungsfortschritte unseres Kindes/meines Kindes an die genannten Personen/Institutionen herausgegeben werden.

Mir ist/uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

## Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich erkläre mich / Wir erklären uns** damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen der Interdisziplinären Frühförderstelle (IFF) und Therapiepraxis DRK Harburg Hamburg e.V. im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Betreuung unseres Kindes:

\_\_\_\_\_ , geb.: \_\_\_\_\_

sachbezogene Informationen von folgenden Ärzten:

1.

oder von folgenden anderen, mit dem Kind befasste Stellen

1.

einholen kann.

**Ich bin / wir sind damit einverstanden**, dass das IFF von den o. g. Ärzten oder von den o. g. anderen Stellen Befunde erhält, die im Rahmen der therapeutischen Förderung erforderlich sind. Diese Befunde können in die Diagnostik, den Förder- und Behandlungsplan und den Entwicklungsbericht einfließen. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Berichte des Interdisziplinären Frühförderzentrums über die Behandlungsfortschritte unseres Kindes/meines Kindes an die genannten Personen/Institutionen herausgegeben werden.

Mir ist/uns ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigte/r des Kindes)

Erziehungsberechtigter

Name.....

Anschrift.....

Hiermit erteile ich der zuständigen Therapiepraxis..... und den zuständigen Bezugstherapeuten.....für die ambulante Behandlung meiner Tochter/ meines Sohnes....., geboren.....in ..... mit den zuständigen Schnittstellen (Schule, Schulbehörde, Amt, Therapeuten, Kinderarzt) in Kontakt zu treten und im Sinne meines Sohnes/ meiner Tochter zu agieren.

Ich erlaube dem zuständigen Stellen Unterlagen über die Bewilligung von Therapien für die Behandlung meiner Tochter/meines Sohnes dem Kreisverband Harburg Hamburg jederzeit zur Verfügung zu stellen.

Ich bitte darum, eine Kopie von Bewilligungen an den

„Kreisverband Harburg Hamburg

z.H. Therapiezentrum IFF und Therapiepraxis,  
Rote-Kreuz-Straße 3-5

21073 Hamburg“

zu senden.

.....

Datum

Unterschrift