

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Sozialhilfeträger  
Betreff: Antrag auf Eingliederungshilfe – Frühförderung –**

**des Kindes**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Diagnose der Entwicklungsauffälligkeit:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**medizinischer Status:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verlauf der bisherigen Entwicklung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Therapieempfehlung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**voraussichtliche Dauer:** \_\_\_\_\_

**Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes:**