

Anlaufstellen in Harburg

Beratung und Diagnostik

Institution	Zuständigkeiten	Adresse	Telefon / Faxnummer	Email Adresse
Soziales Dienstleistungszentrum	Anträge jeglicher Art <i>Kita Gutscheine</i>	Harburger Rathausforum 1 21073 Hamburg	040 / 428 71 -2720 /2266 040 / 428 71 -2700 (FAX)	SDZ@harburg.hamburg.de
Jugendpsychiatrischer Dienst Harburg (JPD)	Diagnostik <i>Entwicklungsverzögerungen</i>	Wilhelmstraße 33 21073 Hamburg	040 / 428 71 – 2348 040 / 427 907 186 (FAX)	Jugendpsychiatrischer- dienst@harburg.hamburg.de
Kinderschutz Zentrum Harburg	Beratung <i>Kindeswohlgefährdung</i>	Eißendorfer Pferdeweg 40a 21075 Hamburg	040 / 790 104 - 0 040 / 790 104 - 99	info@ksz-harburg.de
BehindertenArbeitsgemeinschaft Harburg e.V.	Beratung	Seeveplatz 1 21073 Hamburg	040 / 767 952 – 0 040 / 767 952 – 10 (FAX)	orga-buero@bag-harburg.de
Fachamt Jugend- und Familienhilfe - Region Harburg - Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)	Beratung	Harburger Ring 33 21073 Hamburg	040/ 42871-2593 040/ 42790-7435 (FAX)	Allgemeiner-Sozialer- Dienst@harburg.hamburg.de

DRK-Kreisverband Hamburg-Harburg e.V.
Rote-Kreuz-Str. 3-5 (ehemals Maretstr. 73) 21073 Hamburg

Für den ASD des jeweiligen Bezirkes

**Kreisverband
Hamburg-Harburg e.V.**

Rote-Kreuz-Str. 3-5
(ehemals Maretstr. 73)
21073 Hamburg

Telefon +49 (0)40 766 092-0
Telefax +49 (0)40 772 659

E-Mail info@drk-harburg.hamburg

Gesamtleitung IFF & Therapiepraxis
Julia Mohr

Tel. +49 (0)40 766 092 -290
Fax +49 (0)40 772 659
E-Mail iff@drk-harburg.hamburg

Hamburg, 31.03.2023

Wg: In Sache ambulante Autismustherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bieten beim DRK KV Harburg Hamburg e.V. eine ambulante Autismustherapie an, die auf dem multimodalen Therapieansatz beruht. Das Konzept liegt Ihnen zur Kenntnis vor.

Die Kosten einer spezialisierten Autismustherapie werden von der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff SGB XII) übernommen.

Wir haben Autismus Therapeuten angestellt, die entsprechend qualifizierte Fort - und Weiterbildungen mitbringen, um eine differenzierte ambulante Autismus Therapie anbieten zu können.

2-3 Fördereinheiten ambulante oder mobile Autismustherapie wöchentlich (Def. Fördereinheiten 1 Therapieeinheit entspricht 50 min am Kind, 10 Min Doku + Vor- und Nachbereitung = 74,90€) Im ersten Schritt beantragen wir 104 Fördereinheiten (Umfang 12 Monate Therapie), Verlaufsbericht und Hilfeplanungsgespräch Weitere Fördereinheiten nach Bedarf Dieses oben genannte Kontingent kann auch der Beratung des Klienten und Umfeldes dienen. Die Hilfe wird individuell abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen

Julia Mohr

Gesamtleitung IFF und Therapiepraxis
DRK Interdisziplinäres Frühförderzentrum und Therapiepraxis
Rote-Kreuz-Straße 3-5
21073 Hamburg
Telefon: +49 / 40 766 092 - 290
Mobil: +49 163 / 808 74 41

Eintragungen

Amtsgericht Hamburg VR 4490
Steuernummer 17/413/00113

Vorstand:

Harald Halpick (geschäftsführender
Vorstand), Lothar Bergmann,
Peter Holst, Reinhard Lackner

Bankverbindung

Hamburger Sparkasse
IBAN DE09 2005 0550 1262 1133 33
BIC HASPDEHHXXX

Tochtergesellschaften

City-Ambulanz Hamburg (CAH) gGmbH
DRK-Ambulanzdienst Hamburg gGmbH
DRK gemeinnützige Gesellschaft
für Pädagogik Hamburg-Harburg mbH
DRK-Hospiz Hamburg-Harburg gGmbH
DRK-Kreisverband Hamburg-
Harburg gGmbH
RK Servicegesellschaft mbH
Zentrale für Krankenbeförderung und
Notfallservice (ZKN) gGmbH

Einzelvereinbarung

mit dem
DRK Interdisziplinäres Frühförderzentrum (IFF)
Rote-Kreuz-Straße 3-5
21073 Hamburg
(Leistungserbringer)

und dem
Bezirksamt Harburg
Fachamt Jugend- und Familienhilfe
(Kostenträger im Rahmen der Jugendhilfe)

in Sachen

[REDACTED]
(Name, Vorname des Betreuten)

[REDACTED]
(Geb. Datum)

[REDACTED]
(Referenznummer)

auf der Grundlage einer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Das interdisziplinäre Frühförderzentrum des DRKs leistet eine Autismus spezifische therapeutische Förderung entsprechend des Konzeptes vom April 2022.

Das DRK verpflichtet sich, den Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII wahrzunehmen, den § 72 a SGB VIII zu beachten und gemäß der Absprachen eng mit dem ASD zusammen zu arbeiten.

Der Träger verpflichtet sich etwaige Veränderungen in der Art der Betreuung mit dem Fachamt Jugend- und Familienhilfe des Bezirkes Harburg abzusprechen und dieses regelmäßig über die Entwicklung des Betreuten zu informieren.
Die Form (Berichte, Gespräche) ist jeweils abzusprechen.

Der Träger erklärt mit seiner Unterschrift,

- dass er nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard arbeitet,
- dass er nicht nach der Technologie von L. Ron Hubbard geschult wird bzw. keine Kurse und / oder Seminare nach L. Ron Hubbard besucht
- dass er die Technologie von L. Ron Hubbard zur Durchführung seiner Tätigkeit ablehnt.

Der Kostenträger erklärt sich bereit, für den o. a. Betreuten für die Zeit von dem **01.04.2022 bis zum 31.03.2023** für bis zu **2 Therapieeinheiten in der Woche jeweils a 60 Minuten** folgende Kosten zu übernehmen:

Therapieeinheit a 60 Minuten für 74,90 Euro

Die Rechnungsstellung erfolgt monatlich.

Die Einzelvereinbarung wird regelmäßig dem aktuellen Hilfebedarf angepasst.

Die Dauer der Einzelvereinbarung richtet sich nach der für diese Leistung verfügbten Bewilligung.

Hamburg den 09.05.2022

J. A. C. Ködlin
.....
Jamin Gödel-Schalke

W. W. W.
.....
Bezirksamt Hamburg Harburg
Fachamt Jugend- und Familienhilfe
Bezirksamt Harburg
Fachamt Jugend- und Familienhilfe
Bezirklicher Angehtnsservice
Abteilungsleitung
Harburger Ring 33
21073 Hamburg

.....
Datum; Einrichtung

An den ASD des jeweiligen Bezirkes
des Wohnortes der Familie

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

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 ASD die Beteiligung an den Kosten der Therapie 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

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?

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