



1. Ärztliche Bescheinigung für:

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Geburtsort:
 Straße: Hausnummer:
 PLZ: Ort:
 Krankenkasse: Versicherten-Nummer:
 Hauptversicherte/r (falls abweichend):

Oben genannte/r Patient/in leidet seit längerer Zeit an einer ausgeprägten Neurodermitis. Durch verhaltensmedizinische Intervention und medizinische Information im Rahmen einer Neurodermitisschulung sollen der/die Patient/in bzw. seine/ihre Eltern in die Lage versetzt werden, eine sichere und selbstständige Hauttherapie durchzuführen. Der/die Patient/in erfüllt die medizinischen Zugangsvoraussetzungen, d.h. eine abgesicherte Diagnose einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis (SCORAD-Werte ab 20 mit einem bisherigen Verlauf von mindestens drei Monaten), für die Schulungsmaßnahme.

Folgende Neurodermitisschulung ist medizinisch angezeigt (bitte ankreuzen):

- Kurs nur für Eltern (Kinder bis sieben Jahren); die Kosten betragen 510 Euro.
- Kurs für Eltern und Kind (Kinder von acht bis zwölf Jahren, in zwei parallelen Kursen); die Kosten betragen 760 Euro.
- Kurs für Jugendliche (Jugendliche ab dreizehn Jahren ohne Teilnahme der Eltern); die Kosten betragen 510 Euro.

....., den
.....
Stempel und Unterschrift der/s Arzt/in

2. Kostenübernahme-Erklärung der Krankenkasse

Die Kosten der Schulung werden, wie oben beantragt, in voller Höhe übernommen.

....., den
.....
Krankenkasse, Stempel und Unterschrift der/s Mitarbeiter/in

3. Abtretungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse die Kosten der Schulung nach Beendigung des Kurses direkt an das Neurodermitis Schulungszentrum Heile Haut Hünfeld überweist.

....., den
.....
Unterschrift der/s Antragsteller/in