

**Ärztliche Bescheinigung und Antrag auf Kostenübernahme**  
zur besseren Vorsorge und Versorgung von Erwachsenen mit atopischem Ekzem

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Krankenkasse: .....Versichertennummer: .....

Oben genannte/r Patient/in leidet seit längerer Zeit unter einer ausgeprägten Neurodermitis. Durch verhaltensmedizinische Intervention und medizinische Information im Rahmen einer Neurodermitisschulung sollen der/die Patient/in in die Lage versetzt werden, eine sichere und selbstständige Hauttherapie durchzuführen. Der/die Patient/in erfüllt die medizinischen Zugangsvoraussetzungen (abgesicherte Diagnose einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis mit SCORAD-Werten ab 20 und einem bisherigen Verlauf von mindestens 3 Monaten) für die Schulungsmaßnahme.

Die folgende Neurodermitisschulung ist medizinisch angezeigt:

Erwachsenenlehrgang. Die Kosten betragen 510€

....., den .....

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes

**Abtretungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse die Kosten der Schulung nach Beendigung des Schulungskurses direkt an die Neurodermitis-Akademie-Hessen überweist.

....., den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse**

Die Kosten der Schulungsmaßnahme werden wie beantragt übernommen.

....., den .....

Kassenstempel