

A R **Arbeitsgemeinschaft**
N E **Neurodermitisschulung**
für Erwachsene

Neurodermitis-Akademie Hessen
Psychosomatische Dermatologie
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Justus-Liebig Universität Gießen
c/o Prof. Dr. U. Gieler
Ludwigstr. 76
D 35392 Gießen
Tel.: 0641/ 99-4
Fax: 0641/99-45659
e-Mail: nd.schulung@psycho.med.uni-giessen.de
www.neurodermitis-akademie-hessen.de

**Antrag auf Kostenübernahme
für eine ambulante Neurodermitisschulung
zur besseren Vorsorge und
Versorgung von Erwachsenen mit
atopischem Ekzem (Neurodermitis)**

Krankenkasse:

Name, Vorname des Mitglieds:

Wohnort, Straße:

Versicherten-Nr., Geburtsdatum

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für einen Erwachsenenlehrgang
vom: bis:

Die Kosten betragen 409 € zur Erstattung an das Schulungszentrum

....., den

Unterschrift

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Die Kosten der Schulungsmaßnahme werden wie beantragt übernommen.

.....
Unterschrift

Kassenstempel