



## Ärztliche Bescheinigung und Antrag auf Kostenübernahme

(Modellvorhaben zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischen Ekzem)

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname des Versicherten: .....

Anschrift: .....

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

Oben genannte/r Patient leidet seit längerer Zeit unter 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 medizinische 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:

- Elternschulungskurs (bei Kindern bis zum 7. Lebensjahr nur Teilnahme der Eltern). Die Kosten betragen 510 €.
- Kombiniertes Eltern-Kind-Kurs (Kinder von 8 – 12 Jahren und deren Eltern in zwei parallelen Kursen). Die Kosten betragen 760 €.
- Jugendkurs (Jugendliche ab 13 Jahren, ohne Teilnahme der Eltern): 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