



## Ärztliche Bescheinigung und Antrag auf Kostenübernahme (Modellvorhaben zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem)

Name des Kindes oder Jugendlichen: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Krankenkasse, Versicherten-Nr. des Kindes: .....

Name des Mitglieds (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 Eltern 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 (SCORAD- Werte ab 20 mit einem bisherigen Verlauf von mindestens drei Monaten)) für die Schulungsmaßnahme.

Die folgende Neurodermitisschulung ist medizinisch angezeigt:

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

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

.....  
Unterschrift und Stempel 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.

.....  
Unterschrift

Kassenstempel