

AMBULANTE SCHULUNG

von Kindern und Jugendlichen mit Dermatitis atopica (Neurodermitis) und / oder deren Eltern



Allgemeine Daten

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr:

Ärztliche Bescheinigung

Oben genannte/r Patient/in befindet sich wegen einer ausgeprägten Neurodermitis seit mindestens sechs Monaten in Behandlung durch eine(n) Dermatologen/in oder Pädiater/in. 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 (abgesicherte Diagnose einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis; SCORAD-Werte von mehr als 20 mit einem bisherigen Verlauf von mindestens sechs Monaten) für die Schulungsmaßnahme. Außerdem sind der/die Patient/in bzw. dessen/deren Eltern/Erziehungsberechtigten motiviert, um aktiv an der Schulungsmaßnahme mitzuwirken.

Die folgende Neurodermitisschulung ist angezeigt

- Elternschulungskurs (bei Kindern bis 7 Jahren nur Teilnahme der Eltern). Die Kosten betragen 510,00 €
- Kombiniertes Eltern-Kind-Kurs (Kinder von 8–12 Jahren und deren Eltern in 2 parallelen Kursen). Die Kosten betragen 760,00 €
- Jugendkurs (Jugendliche ab 13 Jahren mit fakultativer Teilnahme der Eltern). Die Kosten betragen 510,00 €

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für die oben angegebene Schulungsmaßnahme, die vom bis stattfindet, zur Erstattung an das Neurodermitisschulungszentrum am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide. An der zweistündigen Basisschulung des Schulungszentrums habe ich bereits teilgenommen.

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Die Kosten der Schulungsmaßnahme werden wie beantragt übernommen. Die Übernahme der Kosten stehen jedoch unter dem Vorbehalt, dass der/die Teilnehmer/in an mindestens fünf der sechs geplanten Schulungstermine teilgenommen hat.

Ort, Datum

Unterschrift und Kassenstempel