

# Kostenübernahmeantrag TK/Privat

Ambulante Schulung von Kindern und Jugendlichen mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) und/oder deren Eltern

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme der Neurodermitisschulung im zertifizierten Schulungszentrum der AG Neurodermitisschulung, AGNES, Praxis Dr. med. Kathrin van Heek. Ich beziehe mich auf die Rahmenvereinbarung über ambulante Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für Kinder und Jugendliche mit atopischem Ekzem (Neurodermitis). Es handelt sich um einen Elternschulungskurs à 510,00 €.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern

## Ärztliche Bescheinigung

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 drei Monaten) für die Schulungsmaßnahme. Außerdem sind die Eltern/Erziehungsberechtigten ausreichend motiviert, um aktiv an der Schulungsmaßnahme mitzuwirken.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Stempel

## Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse

Die o.g. Kosten werden übernommen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kassenvertreter/-in

\_\_\_\_\_  
Stempel