

## Kostenübernahme Neurodermitisschulung

Patient: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir planen bei oben genanntem Patienten eine standardisierte, strukturierte Schulung gemäß AGNES (Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung AGNES e.V.).

Den Eltern bzw. dem Patienten wurde entsprechend seinem Alter folgende Schulung empfohlen:

Bitte ankreuzen:

<input checked="" type="checkbox"/> Elternschulung:		510,-€
<input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Schulung:	(Alter 8-12 Jahre)	760,-€
<input type="checkbox"/> Jugendlichen-Schulung:	(Alter 13 bis 17 Jahre)	510,-€

Die **Eltern/Erziehungsberechtigte** beantragen die Übernahme der Kosten für die ambulante Neurodermitisschulung für die oben angegebene Schulungsmaßnahme.

Wir freuen uns, wenn die Kosten für die Neurodermitisschulung im Sinne des Patienten übernommen werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



## Kurzinformation Schulungskonzept

für die gesetzlichen Krankenkassen zum **ambulanten Neurodermitis-Schulungskurs**  
für Kinder, Jugendliche und deren Eltern

**Veranstalter:** **Förderkreis Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter Berlin e.V.**

Vorsitzende PD Dr. med. D. Staab

**Vereinssitz:** Charité Berlin Campus Virchow Klinikum CVK (Ostring 1, DG)  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

**Geschäftsstelle u.  
Schulungszentrum:** Sophie-Charlotten-Str. 6 in 14059 Berlin

**IK:** **591104074**

**Inhalt:** Der Inhalt richtet sich nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e. V. (AGNES e.V.) und umfasst die Themen:

- Anatomie und Physiologie
- Auslöser
- Kratzalternativen
- Salbentherapie
- Basispflege
- Alternative Medizin im Vergleich
- Selbstmanagement
- Psychosoziale Aspekte
- Entspannungstechniken
- Diät/Ernährungsberatung

**Umfang:** Die Schulung umfasst 12 Unterrichtseinheiten zu 60 Minuten.

**Team:** Dr. med. Mehrak Yoosefi – Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin

Dipl. Psych. Christa Weiß – Diplom Psychologin

Marion Trentmann - Kinderkrankenschwester

Susanne Schwarz – Medizinische Diätassistentin

Alle Teammitglieder verfügen über die Zusatzausbildung zur Neurodermitistrainerin nach AGNES e.V. und haben langjährige Erfahrungen mit Neurodermitisschulung.

**Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Neurodermitisschulung nach dem Standard der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V.**

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_

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

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für eine Neurodermitisschulung nach den Standards der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung AGNES e.V.

Umfang: 12 Unterrichtseinheiten a 60 Minuten

Termine: 23.01.2025/30.01.2025/13.02.2025/20.02.2025

27.02.2025 und 06.03.2025

jeweils von 18:30 bis 20:30 Uhr

für mein Kind: \_\_\_\_\_

zur Erstattung an: Förderkreis Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter Berlin e.V. (1. Vorsitzende: PD Dr.med. D. Staab).

Kosten: 510,00 €.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse:

Genehmigt am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Kassenstempel

## Ärztliches Attest

### Anlage zum Antrag auf Kostenerstattung für ambulante Neurodermitisschulungen nach den Richtlinien der AG Neurodermitisschulung e.V.

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name Patient\*in: \_\_\_\_\_

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

- Zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung, zur Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur effektiven Durchführung von Dauer- und Notfalltherapie ist eine Neurodermitisschulung in dem beantragten Rahmen sinnvoll und notwendig.
- Das Vorliegen eines atopischen Ekzems ist medizinisch gesichert diagnostiziert: Das atopische Ekzem besteht seit mindestens drei Monaten.
- Eine fachärztliche Therapie hat im Vorfeld stattgefunden.
- Trotz der fachärztlichen Behandlung weist der Scorad einen Wert von  $> 20$  auf (Therapieresistenz).

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/Ärztin