

Kurzinformation Schulungskonzept

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

Veranstalter: **Förderkreis Schulung für chronisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Betreuer e.V.**
Vorsitzende PD Dr. med. D. Staab

Charité CVK (Ostring 1, DG)
Augustenburger Platz 1, 13353 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: Kinderarzt (Dr. med. Ch. Peiser), Psychologin (Dipl. Psych. A. Kaminski), Kinderkrankenschwester (N. Albrecht), Diätassistenten / Ökotrophologin (M. Ziegert).

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

Kosten: 510,00 €

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer gerne zur Verfügung: 030/ 450 566 447 oder -823 (donnerstags)

Name des Versicherten: _____

Versicherungsnr. _____

Name des Kindes: _____

Geb. Datum: _____

Wohnort, Straße: _____

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

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für den Eltern-Neurodermitisschulungskurs

vom: 24.08.2022 bis 28.09.2022

für mein Kind: _____

zur Erstattung an den Förderkreis Schulung chronisch kranke Kinder und Jugendlicher und deren Betreuer e.V. Berlin (1. Vorsitzende: PD Dr.med. D. Staab).

Die Kosten betragen 510,00 € als Kursbeitrag pro Familie. Die Kursdauer beträgt 12 Unterrichtsstunden (zu 60 Minuten).

_____, den _____, _____

Unterschrift des Versicherten

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse:

Genehmigt am: _____

Unterschrift

Kassenstempel