

## **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. Christian Peiser), Psychologin (Dipl. Psych. A. Kaminski), Kinderkrankenschwester (N. Albrecht), Diätassistenten / Ökotrophologin (M. Ziegert).

Alle Teammitglieder verfügen über die Zusatzausbildung zum Neurodermitistrainer\*in 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: 31.05.2023 bis 05.07.2023**

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