

## **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. K. Wirtgen), Kinderkrankenschwester (N. Albrecht), Ökotrophologin S. Schwarz).  
Alle Teammitglieder verfügen über die Zusatzausbildung zum Neurodermitistrainerin 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**

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:**

11.01.2024 bis 22.02.2024 jeweils donnerstags von 18:00 bis 20:00 (6 x 2 Stunden a 60 Minuten)

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