

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, es werden die Eltern und die Kinder geschult.

Team: Kinderärztin (Dr. med. M. Yoosefi), Psychologin (Dipl. Psych. C. Lehmann), Kinderkrankenschwester (M. Trentmann), Pädagogin R. Eisele, Diätassistentin (Christiane Binder).

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

Geschäftssitz: Charité CVK, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Schulungsort: Förderkreis Patientenschulung e.V. Schulungszentrum Sophie-Charlotten-Str. 6 in 14059 Berlin

Kosten: 760,00 €

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter: 015737860223 oder
patientenschulung@charite.de zur Verfügung

Name des Versicherten: _____

Name des Kindes: _____

Geb. Datum: _____

Wohnort, Straße: _____

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

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für den parallelen Eltern- und Kinder –
Neurodermitisschulungskurs am:

Fr. 15.03.2024; Sa. 16.03.2024; Sa. 13.04.2024

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 760,00 € als Kursbeitrag pro Familie. Die Kursdauer beträgt 12
Unterrichtseinheiten.

_____, den _____

Unterschrift des Versicherten

Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse:

Genehmigt am: _____	
_____ Unterschrift	_____ Kassenstempel