

Antrag auf Kostenübernahme für eine ambulante Neurodermitisschulung nach den Richtlinien der AGNES- Arbeitsgemeinschaft für Neurodermitisschulung e.V.

Krankenkasse:

Name, Vorname des Mitglieds:

Name, Vorname des versicherten
Kindes oder Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Versicherungsnummer:

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme

- für einen **Elternschulungskurs** (bei Kindern bis 7 Jahre nur Teilnahme der Eltern). **Die Kosten betragen 510,00€**
- für einen **kombinierten Eltern-Kind-Kurs** (Kinder von 8- 12 Jahren und deren Eltern in 2 parallelen Kursen).
Die Kosten betragen 760,00€
- für einen **Jugendkurs** (Jugendliche ab 13 Jahre ohne Teilnahme der Eltern). **Die Kosten betragen 510,00€**

Schulungsbeginn:

Schulungsort: **StrelaKids e.V. Beratungs- und Schulungszentrum
Bahnhofspassage Stralsund
Tribseer Damm 76
18437 Stralsund**

Hiermit ermächtigen wir unsere Krankenkasse, die Kosten der Schulung direkt mit dem **StrelaKids e.V.** abzurechnen.

Die Erstattung erfolgt direkt an **StrelaKids e.V.** nach Rechnungsstellung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

Bestätigung der Kostenübernahme (von der Krankenkasse auszufüllen)

.....
genehmigt am

.....
Unterschrift Kassenstempel