

## 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: **KLEINES FAMILIENtherapieZENTRUM**  
**Knöchelsöhren 19**  
**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