

Ärztliche Bescheinigung

über die Notwendigkeit einer ambulanten Neurodermitisschulung

Name des Erwachsenen:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Oben genannte/r Patient/in leidet seit längerer Zeit an einer ausgeprägten Neurodermitis. Durch verhaltensmedizinische Intervention und medizinische Information im Rahmen einer Neurodermitisschulung sollen der/ die Patient/in in die Lage versetzt werden, eine sichere und selbstständige Hauttherapie durchzuführen. Der/die Patient/in erfüllt die medizinischen Zugangsvoraussetzungen (abgesicherte Diagnose einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis) für die Schulungsmaßnahme.

Die folgende Neurodermitisschulung ist medizinisch angezeigt:

.... Erwachsenenlehrgangskurs

....., den.....

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes