

Neurodermitis – Schuppenflechte

Antrag auf Rückerstattung durch die Zusätzlichen Dienste
für Kinder bis zum Alter von 18 Jahren

Teil 1 - Identifizierung

Dr.	
-----	--

Facharzt in Dermatologie und behandelnder Arzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer	

Teil 2 - Diagnose

Ich bestätige, dass die oben genannte Person an folgender Hautkrankheit leidet

- Neurodermitis
 Schuppenflechte

Diese Krankheit besteht seit einer Periode von

- Mindestens 6 Monaten

Die Haut ist von der Krankheit zu % (BSA) betroffen.

Das Kind benötigt spezielle Pflegemittel und/oder Therapien, da sich die Hautkrankheit sonst auszuweiten droht. Die Erkrankung ist nicht auf eine Allergie zurückzuführen, welche durch Vermeidung des Auslösers gestoppt werden könnte.

Datum	
Unterschrift	

Erstattungsbedingungen

Die Rückerstattung gilt ausschließlich für Mitglieder der Freien Krankenkasse, die mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung sind und die unter Neurodermitis oder Schuppenflechte leiden.

Die pauschale Erstattung erfolgt nur unter folgenden Voraussetzungen:

1. Die Krankheit wird von einem Facharzt in Dermatologie bestätigt.
2. Die Bestätigung ist gültig für ein Kalenderjahr.
3. Der Patient ist nicht älter als 18 Jahre.
4. Die Krankheit besteht seit mindestens 6 Monaten.
5. Der Patient benötigt spezielle Pflegemittel und/oder Therapien zur Behandlung der Erkrankung.
6. Die Hauterkrankung ist nicht auf eine Allergie zurückzuführen, welche durch Vermeidung des Auslösers gestoppt werden könnte.