

**Teilnahme am Asthmaverhaltenstraining (AVT)
in Zusammenarbeit mit dem
CJD Berchtesgaden – Gesundheit-Bildung-Beruf**

➔ **Antrag des/der Versicherten**

Name des/der Teilnehmer(in)

Name des versicherten Elternteils

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

➔ **Ich beantrage die Teilnahme an einem Asthmaverhaltenstraining (AVT):**

- Asthmacamp im CJD Berchtesgaden incl. Asthmaverhaltenstraining**
(dies entspricht den Qualitätsrichtlinien der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V., die Schulung erfolgt durch Ärzte mit DMP-Schulungsgenehmigung)

Ort / Datum

Unterschrift des / der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

➔ **Ärztliche Bescheinigung**

Obengenannte/r Patient(in) leidet an Asthma bronchiale - Schweregrad

Die Teilnahme des Patienten/der Patientin (und gegebenenfalls der Eltern oder eines Elternteils) an einem Asthmaverhaltenstraining (AVT) ist medizinisch notwendig.

Datum/Unterschrift und Stempel des Hausarztes/der Hausärztin

- Genehmigungsvermerk siehe Rückseite -

➔ **Genehmigung der Krankenkasse**

Für die Teilnahme des/der umseitig genannten Versicherten am Asthmaverhaltenstraining (AVT) des CJD Berchtesgaden werden die folgenden Kosten für folgende Maßnahme(n) übernommen:

AVT im Rahmen eines Asthmacamps im Asthmazentrum Berchtesgaden

für asthmakranke Patienten (Kinder/Jugendliche)
(der Eigenanteil von € 200,-- je beteiligte Patienten ist
an das CJD Berchtesgaden zu entrichten.
Anteil der Krankenkasse: € 1.181,--

Kosten € 1.381,--

ambulante Nachschulung

Kosten € 103,--

Zusätzlich entstehende Kosten werden nicht übernommen.

Datum/Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

