Absender

Adresse Krankenkasse

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen für

unseren Sohn / unsere Tochter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Geb.-Datum

und für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des teilnehmenden Elternteils

die Kostenübernahme für die „Epilepsie-Schulung“:

***famoses* – modulares Schulungsprogramm Epilepsie für Familien**

Unser Kind hat Epilepsie und daraus ergeben sich für uns viele Fragen zum Umgang mit der Erkrankung, zum Umgang mit den Medikamenten, zu unserem Umfeld und zur Zukunftsgestaltung.

Von unserem behandelnden Epileptologen wurden wir auf ***famoses*** aufmerksam gemacht. Er/Sie empfiehlt dringend die Teilnahme an der Schulung.

Von dieser standardisierten und evaluierten Schulung erwarten wir uns nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine deutliche Erweiterung unserer Kenntnisse über Epilepsie und daraus resultierend auch einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

In Anlage senden wir ein ärztliches Attest, aus dem wesentliche Informationen zum Schulungsprogramm hervorgehen und die Teilnahmegebühr in Höhe von € 510 je Teilnehmer bestätigt sind.

Wir hoffen auf einen baldigen und positiven Bescheid und verbleiben mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern