



## Schwindel-Zentrum

In Kooperation mit der  
AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, KKH,  
Knappschaft und einigen  
Betriebskrankenkassen

**KLINIK FÜR NEUROLOGIE  
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN**

**Direktor: Prof. Dr. Ch. Kleinschnitz**

**Leitung Schwindel-Zentrum Essen:  
Prof. Dr. med. Holle-Lee**

**Anmeldung/Terminvergabe:**

Tel. 0201 723-83180

Fax: 0201 723-5594

E-mail: [schwindel@uk-essen.de](mailto:schwindel@uk-essen.de) /

<http://www.schwindel-zentrum-essen.de>

**Zur Vorlage bei Ihrer Krankenkasse**

## Tagesklinische Behandlung im Schwindel-Zentrum Essen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben Ihrer / Ihrem Versicherten eine tagesklinische Behandlung im Schwindel-Zentrum Essen, einer Einrichtung der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums Essen vorgeschlagen.

Die Behandlung erstreckt sich über eine Woche. Hierbei erhält die Patientin / der Patient Gelegenheit, an Einzel- bzw. Gruppensitzungen zur Behandlung seiner chronischen Schwindelsymptomatik teilzunehmen.

Ziel dieser Therapie wäre es, der weiteren Chronifizierung entgegenzutreten bzw. nach Möglichkeit diese zu verhindern. Die Vorstellung umfasst im Einzelnen: ärztliche Gespräche, tägliche Gruppensitzungen zur Schwindelpsychologie, tägliche Teilnahme an der physiotherapeutischen Gruppe. Hinzu kommen bei Bedarf Einzelgespräche und Infusionen.

Die Kosten für die tagesklinische Behandlung belaufen sich auf 5 Tagessätze à € 189,28 = € 946,40 für die Behandlung. Prinzipiell wäre dieses multimodale Behandlungskonzept auch im Rahmen eines vollstationären Aufenthaltes mit deutlich höheren Kosten durchzuführen.

Bringen Sie das Original am ersten Tag der Tagesklinik mit zu uns und geben es an der Anmeldung ab.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der o. g. Telefonnummer gerne zur Verfügung und verbleiben.

Mit freundlichen Grüßen

Schwindel-Zentrum Essen

**Bestätigung der Krankenkasse über die Übernahme der Behandlungskosten im Rahmen der Tagesklinik im Schwindel-Zentrum Essen entsprechend der oben beschriebenen Leistungen.**

Hiermit bestätigen wir die Kostenübernahme der tagesklinischen Behandlung im Rahmen einer Einzelfallentscheidung für den folgenden Patienten:

---

Patientenname und Geburtsdatum

---

KV-Nr.

---

Stempel, Datum, Unterschrift (Krankenkasse)