

An die anfragende Behörde

Eingangsvermerke

Ärztliches Attest zur Feststellung der Notwendigkeit einer kostenaufwändigen Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II / § 30 Abs. 5 SGB XII

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
,			
ist wegen (genaue Krankheitsbezeichnung)		seit	in meiner Behandlung.

1. Er/Sie benötigt als

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kranke(r) | <input type="checkbox"/> Behinderte(r) |
| <input type="checkbox"/> Genesende(r) | <input type="checkbox"/> Erwerbsfähige(r) |
| <input type="checkbox"/> von Krankheit oder Behinderung Bedrohte(r) | |

eine kostenaufwändige Ernährung wegen

a) konsumierenden Erkrankungen, gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung wie z.B.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> fortschreitendem/fortgeschrittenem Krebsleiden | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> HIV /AIDS | <input type="checkbox"/> Malabsorption / Maldigestio | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen | | |

Für eine konsumierende Erkrankung kann nur ein Mehrbedarf für Krankenkost gewährt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

1. der BMI liegt unter 18,5 (und das Untergewicht ist Folge der Erkrankung)

☐ Dies trifft zu ☐ Dies trifft nicht zu

und / oder

2. es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5% des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen.

☐ Dies trifft zu ☐ Dies trifft nicht zu

b) Niereninsuffizienz und Zöliakie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz im Rahmen eiweißdefinierter Kost | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz mit Dialysediät |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie bzw. Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß, Gluten) | |

c) Sonstige Erkrankung, die unter Darlegung besonderer Befunde eine kostenaufwändige Ernährung unabweisbar erforderlich macht:

2. Begründung für die Notwendigkeit der kostenaufwändigen Ernährung:
(nur erforderlich bei Krankheiten, die in der o. g. Liste der Krankheiten **nicht** aufgeführt sind).

3. Erforderlich ☐ auf Dauer
☐ für Monate

Bei Anträgen auf Weitergewährung einer Mehrbedarfszulage für kostenaufwändige Ernährung ist eine Nachuntersuchung erforderlich?

- ☐ Nein
☐ Ja in ca. Monaten

Unterschrift des Arztes

– Stempel –