

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

zentraler Thüringer Formularpool

| | | | |
|--|-------------------------------|---------------|-----------------------|
| <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

- Kranke(r) Behinderte(r)
- Genesende(r) Erwerbsfähige(r)
- von Krankheit oder Behinderung Bedrohte(r)

eine kostenaufwändige Ernährung wegen

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

- Colitis ulcerosa fortschreitendem/fortgeschrittenem Krebsleiden
- HIV /AIDS Malabsorption / Maldigestio
- Morbus Crohn Multipler Sklerose
- Sonstige schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen

b) Niereninsuffizienz und Zöliakie

- Niereninsuffizienz im Rahmen eiweißdefinierter Kost Niereninsuffizienz mit Dialysediät
- 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 –