

Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung

(Name, Vorname)

(Geb.-Datum)

(PLZ Wohnort, Straße)

Für eine amtsärztliche Stellungnahme zur Gewährung einer Krankenkostzulage (§ 30 Abs. 5 SGB XII) werden folgende Angaben des behandelnden Arztes benötigt:

- Diagnose(n) ggf. einschließlich Krankheitsstadium, wodurch sich der Mehrbedarf begründet:

- Angaben, wie diese Diagnose(n) gesichert wurde(n), ggf. Vorlage von Befundberichten:

- Dauer der Notwendigkeit

- Die Krankenkost ist für _____ Monate erforderlich.
- Die Krankenkost ist für mehr als 12 Monate erforderlich.
- Die Krankenkost ist dauerhaft erforderlich.

Begründung:

- Ärztlich verordnete Kost (bitte ankreuzen):

- eiweißdefinierte Kost (z. B. bei Niereninsuffizienz)
- Dialysekost
- glutenfreie Kost (bei nachgewiesener Zöliakie/Sprue)
- erhöhter Kalorienbedarf und/oder Gewichtsverlust infolge einer konsumierenden Erkrankung (z. B. bei Krebs, HIV, M. Crohn, Mukoviszidose):

- sonstige Erkrankung und erforderliche kostenaufwändige Ernährungsform:

- Größe und aktuelles Gewicht des Antragstellers/der Antragstellerin:

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m²

- Krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen 3 Monaten ja nein

- Nachweis einer erfolgten Diätberatung ja, durch: _____ nein

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel