

An die anfragende Behörde

Eingangsvermerke

BUS

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

☐ Herr	☐ 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

☐ Mukoviszidose

☐ HIV /AIDS

☐ Malabsorption / Maldigestion

☐ Schluckstörungen

☐ Morbus Crohn

☐ Multipler Sklerose

☐ 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

- ☐ 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 –