

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

<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 Mukoviszidose
- HIV /AIDS Malabsorption / Maldigestio 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 –

BUS