

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. |

BUS

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 –

BUS