

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