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 / 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:

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
SGB-021-DE-FL - Ärztliches Attest - 7-2023

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

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
SGB-021-DE-FL - Ärztliches Attest - 7-2023