

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