

# Ärztliche Bescheinigung

## zur Beantragung eines Mehrbedarfs für kostenaufwendige Ernährung (§ 30 Abs. 5 SGB XII)

Erstantrag       Wiederholungsantrag

für:

Herr/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Mehrbedarf** nach den Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung von Krankenkostzulagen in der Sozialhilfe ist erforderlich wegen:

	Art der Erkrankung	ergänzende Befunde/Labor	Krankenkost
<input type="checkbox"/>	<b>Konsumierende Erkrankung</b> mit krankheitsbedingtem Untergewicht (BMI unter 18,5) oder Gewichtsverlust von 5% innerhalb von 3 Monaten (z. B.: fortschreitendes Krebsleiden, HIV/AIDS, Multiple Sklerose, schwere Verlaufsformen von Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, Malabsorption/Maldigestion)	Gewichtsverlust innerhalb der letzten 3 Monate	
<input type="checkbox"/>	<b>Niereninsuffizienz</b>	Serumkreatinin:	Eiweißdefinierte Kost
<input type="checkbox"/>	<b>Niereninsuffizienz mit Dialysebehandlung</b>	Serumharnstoff:	Dialysediät
<input type="checkbox"/>	<b>Zöliakie/Sprue</b>		Glutenfreie Kost
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige Erkrankungen</b> (bitte eintragen)		

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm, **Körpergewicht** \_\_\_\_\_ kg (bitte immer angeben)

Die Krankenkost für die angegebene Erkrankung wird für

einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ Monaten

auf Dauer  
vorgeschlagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin)