

**Ärztliche Bescheinigung zur Anerkennung eines Mehrbedarfes
für eine aus medizinischen Gründen notwendige
kostenaufwändigere Ernährung gemäß § 30 Absatz 5 SGB XII**



Landkreis Leipzig
SOZIALAMT

EINGANGSSTEMPEL

AKTENZEICHEN

ALLGEMEINE DATEN DES ANTRAGSTELLERS/DER ANTRAGSTELLERIN

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Schweigepflichtentbindung*:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

* Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit von Ihnen für die Zukunft widerrufen werden. Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

WICHTIGER HINWEIS:

Ggf. anfallende Kosten für die Ausstellung dieser ärztlichen Bescheinigung gehören nicht zum Mehrbedarf. Sie werden deshalb nicht vom Sozialamt übernommen, sondern sind vom Antragsteller selbst zu tragen.

Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.

Es besteht eine der unter Buchstabe a) b) c) d)
Angegebene Krankheit, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei einer verzehrenden (konsumierenden) Krankheit (Buchstabe a):
der BMI ist unter 18,5 gefallen und/oder
es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen (nicht bei willkürlicher Abnahme von Übergewicht)

Bei sonstiger Erkrankung (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben:

Die Krankenkost ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich erforderlich bis zum _____
Begründung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion/Aids Multiple Sklerose Colitis ulcerosa Morbus Crohn Mukoviszidose/zystische Fibrose	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit
<p>Bei den hier genannten verzehrenden (konsumierenden) Krankheiten kann ebenfalls ein Mehrbedarf vorliegen. Fällt der BMI unter 18,5 und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Dies muss ebenso, wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch einen Arzt bestätigt werden.</p>		

Buchstabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie/Sprue	Glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung*) _____ (bitte eintragen)	_____ Kostform (bitte eintragen)

*) Die vorstehende Aufzählung der Krankheiten ist nicht abschließend. Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung erfordern, tragen Sie bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier für Ihre Patientendokumentation und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein.