

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

**Ärztliche Bescheinigung**

zur Erlangung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung  
nach § 30 Abs. 5 Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_, 59590 Geseke

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Geschlecht: männlich

befindet sich in meiner Behandlung seit \_\_\_\_\_

und leidet seit \_\_\_\_\_ an

Zöliakie (Nachweis der Gluten-Unverträglichkeit durch Biopsie)

Andere Nahrungsmittelintoleranz, nämlich: \_\_\_\_\_

Mukoviszidose

einer dekompensierten Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht

Schluckstörungen (z.B. neurologisch bedingt) aufgrund \_\_\_\_\_

krankheitsassoziierter Mangelernährung aufgrund folgender Erkrankung

\_\_\_\_\_  
(genaue Krankheitsbezeichnung, bei Operation Zeitpunkt angeben)

Die Diagnose stützt sich auf folgende Untersuchungsergebnisse:

Klinische oder Laborbefunde mit folgendem Ergebnis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Krankenhausentlassungsbericht vom \_\_\_\_\_

Sonstige Befunde:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben zur Therapie:**

Medikamente:

\_\_\_\_\_

Sonstige Maßnahmen:

\_\_\_\_\_

Der/die Patient/in bedarf einer besonderen Ernährung, die Mehraufwendungen für die folgende Kostform bedingt:

Eiweißdefinierte Kost mit vermehrter Eiweißzufuhr (Dialysediät)

Glutenfreie Kost

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Eine Empfehlung für Vollkost kann für schwere, abbauende Erkrankungen mit stark eingeschränktem Allgemeinzustand bzw. stark belastenden Therapien ausgesprochen werden, sofern sie eine individuell zusammengestellte "Aufbaukost" erfordern.

Voraussichtliche Dauer der Notwendigkeit: \_\_\_\_\_

**Begründung für die Annahme von Mehrkosten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde der/die Patient/in über den Zweck der Krankenkostzulage unterrichtet?

Ja, und zwar durch \_\_\_\_\_  Nein

Wurde der/die Patient/in zu einer weitergehenden Beratung zu Fragen diätetischer Ernährung angehalten?

Ja  Nein

**Wirkung einer bisher schon verordneten aufwändigeren Ernährung:**

verordnet am \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf und Entwicklung des Körpergewichts lassen den Schluss zu, dass der Zweck bisher  erreicht wurde  nicht erreicht wurde.

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)