
(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)