

ZUSATZBLATT 8

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINES MEHRBEDARFS FÜR KOSTENAUFWÄNDIGE ERNÄHRUNG

(ZU ABSCHNITT IV DES HAUPTANTRAGES)

Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____ Kunden-Nummer: _____

Name, Vorname des Hilfebedürftigen _____

Geburtsdatum _____ Anschrift _____

Name und Anschrift des Leistungsträgers _____

Ich habe bereits mit Antrag vom _____ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.

Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend.

Als Nachweis lege ich die beigelegte Bescheinigung meiner behandelnden Ärztin / meines behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.

Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Das Attest ist in verschlossenem Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.

Ort, Datum

Unterschrift

Verfügung

(wird vom zuständigen Leistungsträger ausgefüllt)

Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung
 für den gesamten Bewilligungsabschnitt vom _____ bis _____
in Höhe von _____ Euro bewilligt.

Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil _____

Wiedervorlage am: _____ Grund: _____

Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Für Frau / Herrn _____

geboren am: _____

Wohnhaft in: _____

} Vor Übergabe an die
Ärztin / den Arzt vom
Patienten in
Druckbuchstaben
auszufüllen.

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

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

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

- ◆ Es besteht eine der unter Nr. _____ angegebenen Erkrankungen, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei **sonstiger Erkrankung** (Nr. 11) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigen 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 erforderlich bis zum _____ nicht erforderlich

Begründung: _____

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung
(verbleibt bei der / dem ausstellenden Ärztin / Arzt)**

Nr.	Art der Erkrankung	Krankenkost
1.	Krankheiten, die Vollkost bedingen: Colitis ulcerosa Diabetes mellitus Typ I <u>intensivierte</u> konventionelle Insulintherapie HIV-Infektion / AIDS Krebserkrankung Morbus Crohn Multiple Sklerose Neurodermitis Ulcus duodeni / Ulcus ventriculi	Vollkost
2.	Diabetes mellitus Typ I konventionelle Insulintherapie Diabetes mellitus Typ II a	Diabeteskost
3.	Hyperlipidämie	Lipidsenkende Kost
4.	Hypertonie / kardiale oder renale Ödeme	Natriumdefinierte Kost
5.	Hyperurikämie / Gicht	Purinreduzierte Kost
6.	Leberinsuffizienz Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
7.	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
8.	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
9.	Sonstige Erkrankung (bitte eintragen)	Kostform (bitte eintragen)