

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

ZUR

ANERKENNUNG EINES MEHRBEDARFS FÜR KOSTENAUFWÄNDIGE ERNÄHRUNG

BEI LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES

NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)

Nummer der Bedarfsgemeinschaft: _____ Kunden-Nummer: _____

Herr/Frau _____ geb. am _____

Anschrift _____

ist seit _____ in meiner Behandlung wegen (genaue Krankheitsbezeichnung)

zur Zeit: Körpergröße _____ cm, Körpergewicht _____ kg (bitte immer angeben)

Aufgrund der Untersuchung wird bestätigt, dass nachstehende Erkrankung vorliegt und eine entsprechende Krankenkost erforderlich ist:

Art der Erkrankung	Krankenkost
1. <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie	Lipidsenkende Kost
2. <input type="checkbox"/> Hyperlipidämie bei Adipositas	Lipidsenkende Reduktionskost *)
3. <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht	Purinreduzierte Kost
4. <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht bei Adipositas	Purinreduzierte Reduktionskost *)
5. <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz / Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
6. <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
7. <input type="checkbox"/> Hypertonie / kardiale / renale Ödeme	Natriumdefinierte Kost
8. <input type="checkbox"/> Hypertonie bei Adipositas	Natriumdef. Reduktionskost *)
9. <input type="checkbox"/> Zöliakie, Sprue	Glutenfreie Kost
10. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> konventionelle Insulintherapie _____ <input type="checkbox"/> intensivierete konventionelle Insulintherapie _____	Diabeteskost Vollkost
11. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ IIa	Diabeteskost
12. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ IIb	Diabetes-Reduktionskost *)

*) mit Auflage zur Gewichtsreduktion auf _____ kg Körpergewicht (bei Reduktionskostform bitte immer angeben)

13. <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa / Morbus Crohn	Vollkost
14. <input type="checkbox"/> Ulcus duodeni / ventriculi	Vollkost
15. <input type="checkbox"/> HIV-Infektion / AIDS	Vollkost
16. <input type="checkbox"/> Krebserkrankung	Vollkost
17. <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	Vollkost
18. <input type="checkbox"/> Neurodermitis	Vollkost
19. <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung (bitte eintragen)	Kostform bitte eintragen

Zeitraum:

Die Kostform für die angekreuzte Erkrankung unter der Nr. _____ wird von mir aus ärztlicher Sicht ausgehend vom Datum der Ausstellung verordnet für einen Zeitraum von _____ Monaten.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift d. Arztes/Ärztin

Verfügung der zuständigen Stelle:

Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung in Höhe von _____ Euro bewilligt.

Für den gesamten Bewilligungsabschnitt vom _____ bis _____

Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil _____

Datum

Unterschrift