

Eingangsstempel:

Zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Persönliche Daten
1.1. Allgemeines

Anrede	Vorname		
Familiennamen		Geburtsname (sofern abweichend)	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Nummer der Bedarfsgemeinschaft und/oder Aktenzeichen			

2. Persönliche Daten der Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen

Anrede	Vorname		
Familiennamen		Geburtsname (sofern abweichend)	
Geburtsdatum		Geburtsort	

3. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung

<input type="checkbox"/> Die unter Punkt 2 genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend.
<input type="checkbox"/> Die unter Punkt 2 genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend gemacht.
Datum der Antragstellung
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bitte legen Sie als Nachweis den beigefügten Bescheinigungsvordruck, ausgefüllt von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin vor. Der Bescheinigungsvordruck wird zur Berechnung der Leistungen verwendet. ➤ Anstelle des Bescheinigungsvordruckes können Sie auch ein ärztliches Attest vorlegen. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Das Attest in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es wird vom zuständigen Amtsarzt ausgewertet.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 SGB I und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.	
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen

Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:
Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiter/innen des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen

Ärztliche Bescheinigung

(Diese Seite wird im Jobcenter in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt)

Für Frau/Herrn

geboren am

wohnhaft in

Schweigepflichtentbindung:

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

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

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 der Patientin/dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!

Es besteht eine der unter Buchstabe a) b) c) d) des Erläuterungsblattes angegebenen Erkrankungen, welche mit nachfolgender Krankenkost behandelt werden muss:

Bei einer **verzehrenden (konsumierenden) Krankheit** (Buchstabe a):

Bei der/dem erwachsenen Patientin/Patienten

ist der BMI 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 bei Übergewicht).

Bei der minderjährigen Patientin/dem minderjährigen Patienten

liegt unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes (z.B. Perzentilkurven Kromeyer-Hauschild 2001) ein erhöhter Ernährungsbedarf vor.

Bei sonstiger Erkrankung (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung hier angeben:

Die Krankenkost ist für die Zeit vom bis erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet. Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird:

Eine Nachuntersuchung ist <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich bis zum Begründung: <hr/>	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion/AIDS Multiple Sklerosa Colitis ulcerosa/Morbus Crohn	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit

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). Bei minderjährigen Patienten ist der individuelle Entwicklungsstand zu berücksichtigen (z.B. Perzentilkurven Kromeyer-Hauschild 2001). Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
	Mukoviszidose/zystische Fibrose	Erhöhter Energiebedarf, u.a. Zufuhr hochwertiger modifizierter Fette
c)	Niereninsuffizienz mit Dialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie/einheimische 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 die Art der Erkrankung und die Kostform der aufwändigeren Ernährung hier für Ihre Patientendokumentation und auf der ärztlichen Bescheinigung ein.