

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender:
 Name:
 Straße:
 PLZ / Ort:

Landratsamt Bautzen
 Sozialamt
 Bahnhofstraße 9
 02625 Bautzen

**Ärztliche Bescheinigung zur
 Anerkennung eines Mehrbedarfs für
 kostenaufwendige Ernährung**

Anlage zum Antrag auf Leistungen
 nach dem SGB XII

1. Allgemeine Daten des Antragstellers / der Antragstellerin

Frau		Herr			
Name		Vorname		Geb.-Datum	
Straße				Hausnr.	
PLZ		Wohnort			
Aktenzeichen					

2. Allgemeine Daten des Arztes zum Antragsteller / zur Antragstellerin

Die Behandlung erfolgt seit					
Genaue Krankheitsbezeichnung					
zur Zeit:	Körpergröße	cm	Körpergewicht	kg	

3. Angaben zur Erkrankung

Auf Grund der Untersuchung wird bestätigt, dass nachstehende Erkrankung vorliegt und eine entsprechende Krankenkostzulage erforderlich ist.

ja	nein	Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten	10 % der Regelbedarfsstufe
ja	nein	Niereninsuffizienz mit Dialysediät	20 % der Regelbedarfsstufe
ja	nein	Zöliakie bzw. Sprue	20 % der Regelbedarfsstufe

konsumierende Erkrankungen, gestörter Nährstoffaufnahmen bzw. Nährstoffverwertung

ja	nein	Colitis ulcerosa	Im Einzelfall 10 % der Regelbedarfsstufe wenn; 1) der BMI unter 18,5 liegt (und das Gewicht Folge der Erkrankung ist) und/oder 2) ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen 3 Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen ist.
ja	nein	Morbus Crohn	
ja	nein	HIV-Infektion/AIDS	
ja	nein	Krebs (bösartiger Tumor)	
ja	nein	Multiple Sklerose	

Die ausführliche Begründung zu 1) und 2) ist unter Punkt 4. erforderlich.

© Landratsamt Bautzen Leistungen nach dem SGB XII - Bescheinigung Kostenaufwendige Ernährung - 03/2012

Sonstige Erkrankungen*)	
*) Die vorstehende Aufzählung der Krankheiten ist nicht abschließend. Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung erfordern, tragen Sie bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung ein.	

4: Bemerkungen des Arztes

--

5. Zeitraum

Es handelt sich um eine Kostform, die gegenüber der Normalernährung keine Mehrkosten erfordert Mehrkosten erfordert in Höhe von _____
Die Kostform für die angekreuzte Erkrankung wird von mir aus ärztlicher Sicht ausgehend vom Datum der Ausstellung für den Zeitraum von _____ Monaten verordnet.
_____ Ort, Datum
_____ Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

6. Hinweise

<p>Für die Erstellung des Bescheides durch den Arzt werden Gebühren fällig, die durch das Sozialamt im Landratsamt Bautzen nicht getragen werden.</p> <p>Ein Mehrbedarf für eine kostenaufwendige Ernährung ist nur zu gewähren, wenn eine den Lebensunterhalt wesentlich vertuernde Kost unbedingt erforderlich ist. Die Leistungen werden als so genannte Krankenkostzulage zum Zweck der Genesung, Besserung, Linderung der Krankheits- oder Behinderungsfolgen gewährt oder um zu vermeiden, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Krankenkostzulagen bedürfen zu ihrer Begründung der Vorlage eines ärztlichen und ggf. eines amtsärztlichen Attestes, das unter genauer Bezeichnung des Gesundheitsschadens die Notwendigkeit einer Krankenkost darlegen muss.</p> <p>Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung mehrerer Krankenkostzulagen gleichzeitig vor, so soll in der Regel nur die Höchste gewährt werden. Als Bewilligungsfristen werden in der Regel 12 Monate festgesetzt.</p> <p>Die Gewährung von Krankenkostzulagen über die aufgeführten Erkrankungen hinaus soll durch diese Empfehlung nicht ausgeschlossen werden. Außer dem ärztlichen Gutachten kann in diesen Fällen ein weiteres Sachverständigengutachten angezeigt sein.</p> <p>Bei Erst- und Weiterbewilligung der Krankenkostzulage ist der Leistungsempfänger über den Zweck der Krankenkostzulage zu unterrichten. Die Empfehlungen gelten ausschließlich für Erwachsene.</p>
