

# Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Ärztliche Bescheinigung zur Gewährung eines Mehrbedarfs  
für die kostenaufwändige Ernährung gem. § 30 Abs. 5 Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII)

<b>Dienststelle</b> <b>Stadt Meckenheim</b> <b>Der Bürgermeister</b> <b>Fachbereich Soziales, Migration und Integration</b> <b>Siebengebirgsring 4</b> <b>53340 Meckenheim</b>	Eingangsstempel
Aktenzeichen (sofern bekannt)	
Familienname, Vorname der Antragsstellerin/ des Antragstellers	
Name, Vorname des Hilfebedürftigen	
Geburtsdatum	Adresse
<p><input type="checkbox"/> Ich habe bereits mit Antrag vom _____ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 30 (5) des SGB XII geltend gemacht.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 30 (5) SGB XII geltend.</p> <p><b>Als Nachweis lege ich die beigelegte Bescheinigung meiner behandelnden Ärztin/ meines behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.</b></p> <p><b>Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig, dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es kann vom Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises ausgewertet werden.</b></p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift</p>	
<b><u>Verfügung</u></b> <b>(wird vom Leistungsträger ausgefüllt!)</b>	
<p><input type="checkbox"/> Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändigere Ernährung</p> <p><input type="checkbox"/> für den gesamten Bewilligungsabschnitt</p> <p><input type="checkbox"/> vom _____ bis _____</p> <p style="padding-left: 40px;">in Höhe von _____ Euro bewilligt.</p> <p><input type="checkbox"/> Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil _____</p> <p>Wiedervorlage am: _____ Grund: _____</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"><span>Datum</span><span>Unterschrift</span></p>	

## Ärztliche Bescheinigung

Vor Übergabe an die Ärztin/ den Arzt bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Für Frau/ Herrn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtentbindung:**

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/ den 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 Patientenunterlagen eine Kopie dieser Bescheinigung anzufertigen.

## Hinweise 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 dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung (Attest) nicht erforderlich!**

Es besteht eine der unter Buchstabe  a.)  b.)  c.)  d.)

angegebene Erkrankung, welche mit der zugeordneten Krankenkosten behandelt werden muss.

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

- der BMI ist 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).

Körpergröße (cm) \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn (Datum) \_\_\_\_\_

Bei sonstiger Erkrankung (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Krankenkost ist für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer länger als 12 Monate angegeben wird:

\_\_\_\_\_

Eine Nachuntersuchung ist

- nicht erforderlich!
- erforderlich bis zum \_\_\_\_\_!

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ 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)	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit
a.)	HIV – Infektion / AIDS	
a.)	Multiple Sklerose	
a.)	Colitis ulcerosa	
a.)	Morbus Crohn	

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). Dies muss ebenso, wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b.)	Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird	eiweißdefinierte Kost
c.)	Niereninsuffizienz (Hämodialysebehandlung)	Dialysediät
c.)	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
d.)	Sonstige Erkrankung*)	Kostform
d.)	(bitte eintragen)	(bitte eintragen)
d.)		
d.)		

\*) 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 hier für Ihre Patientenunterlagen und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein!