

Stadt/Gemeinde

Az.:

Hinweis für die/den ausstellende/n Ärztin/Arzt: Für die Ausstellung der Bescheinigung kann dem Sozialhilfeträger gegenüber keine Gebühr erhoben werden. Andernfalls sind die aktuellen Befundunterlagen zur Verfügung zu stellen.

Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Fachbereich Soziales für die Beantragung oder Weitergewährung eines **Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung**

§ 30 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) lautet:

„Für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwändigen Ernährung bedürfen, wird ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt“.

Die sozialhilferechtlichen Regelsätze enthalten einen Anteil für Verpflegung, der eine gesunde Ernährung sowohl in Form einer ausgewogenen einfachen Mischkost als auch einer Vollkost ermöglicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg BMI: _____

Hinweis: Die Angaben zu Größe, Gewicht und BMI sind bei den unter 1. angeführten Erkrankungen zwingend erforderlich.

Bei der/dem Obengenannten habe ich folgende Krankheit/en festgestellt, deren Heilungserfolg nicht allein durch medikamentöse Maßnahmen erreicht werden kann:

1. Konsumierende Erkrankungen und gestörte Nährstoffaufnahme / -verwertung

- Schwerer Verlauf einer konsumierenden Erkrankung mit erheblichen körperlichen Auswirkungen (z.B. fortgeschrittenes Krebsleiden, HIV/AIDS, Multiple Sklerose)
- Schwerer Verlauf einer entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Andere Erkrankung, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung einhergeht

Genauere Bezeichnung der Krankheit/en: _____

Bei einem BMI unter 18,5: Ist das Untergewicht Folge der o.g. Erkrankung? ja nein

Ist das Körpergewicht in den letzten drei Monaten - unabhängig von einer willkürlichen Abnahme bei Übergewicht - um mehr als 5 % des Ausgangsgewichts zurückgegangen? ja nein

Sonstige Erkrankungen, die Mehrkosten gegenüber einer Normalernährung erfordern (bitte kurz erläutern): _____

2. Niereninsuffizienz und Zöliakie

- Niereninsuffizienz mit eiweißdefinierter Kost
- Niereninsuffizienz mit Dialysediät
- Zöliakie /Sprue (Unverträglichkeit von Gluten)

Befundunterlagen, die ggf. vom amtsärztlichen Dienst eingesehen werden können:

Wurde der Zweck des bisher gewährten Mehrbedarfs erreicht? (wenn nein, bitte begründen)

- ja
- nein, weil _____

Ergebnis: Die Einhaltung einer Krankenkost mit einer kostenaufwändigen Ernährung (s. o.) ist

- erforderlich.
- nicht erforderlich.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift der Ärztin bzw. des Arztes)

Hiermit entbinde ich o.g. Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht gegenüber dem amtsärztlichen Dienst der Region Hannover / Stadt _____ zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen.

(Datum, Unterschrift der/des Patientin/en)