Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Landratsamt Straubing-Bogen, Sozialhilfeverwaltung-,
wegen der Anerkennung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung gemäß
§ 30 Abs. 5 SGB XII

für: _____ geboren: _____

wohnhaft: _____

Der Patient/die Patientin ist wegen der unten angegebenen Krankheit bei mir in ärztlicher

Behandlung seit:_____

Diagnose:

_____

_____

Es handelt sich um **(bitte ankreuzen)**

☐ eine verzehrende (konsumierende) Erkrankung mit erheblichen körperlichen Auswirkungen, wie z.B. fortschreitendem/fortgeschrittenem Krebsleiden, HIV/AIDS, Multipler Sklerose oder schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

☐ eine Erkrankung, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung – Malabsorption/Maldigestion – einhergeht.

BMI liegt unter 18,5 (Untergewicht ist Folge der Erkrankung) vor

☐ ja ☐ nein und/oder

Es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen

☐ ja ☐ nein

☐ Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost

☐ Niereninsuffizienz mit Dialysediät

☐ Zöliakie bzw. Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfinglichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten)

Ist eine Krankenkost erforderlich

☐ ja ☐ nein

wenn ja, für _____ Monate

☐ Der/die Patient/-in wurde über den Zweck der Krankenkostzulage unterrichtet

_____ _____

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin