

Wichtige Hinweise für den Arzt!

Die Angaben dienen dem Träger der Sozialhilfe als Grundlage für die Entscheidung, ob im Sinne des SGB XII die Voraussetzungen für die Gewährung eines Mehrbedarfs wegen krankheitsbedingter kostenaufwändigerer Ernährung gegeben sind. Dieser Mehrbedarf nach diesem Gesetz ist eine Geldleistung, die Hilfebedürftigen auf Grund vorhandener bestimmter körperlicher Leiden gewährt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass ein entsprechender Krankheitsbefund und die Erforderlichkeit der Krankenkost ärztlich bescheinigt werden und dass eine gegebenenfalls notwendige Sonderkost höhere finanzielle Aufwendungen im Vergleich zu einer Normalkost erfordert.

Abgeltung nach Nummer 75 GOÄ vom in der Fassung der Bekanntmachung vom 09.02.1996 (BGBl.I.S.210), zuletzt geändert durch Art.17 des Gesetzes vom 04.12.2001 (BGBl.I.S.3320) Rückfragen und Verzögerungen der Bearbeitung können vermieden werden, wenn die Krankheitsbezeichnungen durch ausreichende Befunde (Größe, Gewicht, Labor- und Röntgenbefunde) gestützt sind.

Bitte beachten: Für die Krankheitsbilder **Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Gicht, Hypertonie, Diabetes mellitus (I und II, konventionell und intensiviert konventionell behandelt), Ulcus duodeni oder ventriculi; Neurodermitis, Leberinsuffizienz und kardinale und renale Ödeme** wird eine aus dem Regelsatz zu finanzierende Vollkost in der Regel als ausreichend angesehen. Diese Erkrankungen werden daher in diesem Bogen nicht mehr konkret abgefragt.

An das

Geschäftsbereich:

zum Geschäftszeichen

Berlin

Name, Vorname				
Geburtsdatum				
Anschrift				
Körpergröße:	cm	Körpergewicht:	Kg	BMI:

Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag

Ich beantrage die Gewährung einer Krankenkostzulage (Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung). Als Begründung verweise ich auf die nachfolgende ärztliche Stellungnahme meiner/meines behandelnden Ärztin/Arztes.

Hinweis: Vor der Entscheidung über Ihren Anspruch kann es erforderlich sein, dass weitere Unterlagen oder ergänzende Angaben Ihrer Ärztin/Ihres Arztes von der amtsärztlichen Gutachterin/dem amtsärztlichen Gutachter benötigt werden. Ihr Einverständnis zur Datenübermittlung trägt dazu bei, Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung zu vermeiden. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die Angaben selbst bei Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einzuholen und der begutachtenden Stelle oder der Leistungsstelle in einem verschlossenen Umschlag zu übermitteln.

1. Hiermit entbinde ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht die/den umseitig genannte/genannten behandelnde/behandelnden Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der/dem amtsärztlichen Gutachterin/Gutachter. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf Angaben bezüglich der bescheinigten Erkrankung.

2. Zusätzlich erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung dieser Daten an die Leistungsbehörde einverstanden bin.

Mit ist bekannt, dass ich sowohl die Schweigepflichtentbindung als auch die datenschutzrechtliche Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

ja

nein

Ich bin von der Ärztin/dem Arzt über die Art und den Zweck der Diät beraten worden. Die verordnete Diät halte ich seit dem _____ ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters

Folgende Krankheit wurde festgestellt

I. Niereninsuffizienz und Zöliakie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose / zystische Fibrose |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz mit Dialysediät | <input type="checkbox"/> konsumierende Erkrankungen (gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Verwertung) |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie bzw. Sprue – glutenfreie Kost – | |

II. Verzehrende Erkrankungen bzw. Erkrankungen, die zu einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung führen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fortschreitendes / fortgeschrittenes Krebsleiden | <input type="checkbox"/> BMI unter 18,5 |
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | und / oder |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5% des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten; nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht) zu verzeichnen ist. |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung: | |

III. Nahrungsmittelunverträglichkeit

Art der Nahrungsmittelunverträglichkeit:

Erforderliche Kostform
(bitte genau definieren)

IV. Für andere, als die unter I. bis III. genannten Krankheiten kommt ein Mehrbedarf nur in Ausnahmefällen in Betracht, eine ausführliche ärztliche Begutachtung ist notwendig.

Diagnose: (wissenschaftliche und deutsche Bezeichnung)
Begründung des Mehrbedarfs (ggf. auf einem gesonderten Blatt)

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes