

Anlage MEB

Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung (zu Abschnitt 3d des Hauptantrages)

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familiename, Vorname
der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Name, Vorname des Leistungsberechtigten _____
Geburtsdatum _____ Anschrift _____

Ich habe bereits mit Antrag vom _____ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.

Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend.

Als Nachweis lege ich die beigelegte Bescheinigung meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.

Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Das Attest ist in verschlossenem Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.

_____ Ort, Datum _____ Unterschrift

Verfügung
(wird vom zuständigen Leistungsträger ausgefüllt)

Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändigere Ernährung

für den gesamten Bewilligungsabschnitt vom _____ bis _____

in Höhe von _____ Euro bewilligt.

Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil _____

Wiedervorlage am: _____ Grund: _____

_____ Datum _____ Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

} Vor Übergabe an
die Ärztin/den Arzt
vom Patienten in
Druckbuchstaben
auszufüllen.

Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden 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 Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

Hinweis 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 nicht erforderlich!

- Es besteht eine der unter Buchstabe a) b) c) d) angegebene Erkrankung, welche mit der zugeordneten Krankenkost 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).

Bei **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben (diese Angaben werden in der Leistungsakte in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt):

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

Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

- Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich erforderlich bis zum _____

Begründung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung

(verbleibt bei der/dem ausstellenden Ärztin/Arzt)

Buch- stabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion / AIDS Multiple Sklerose Colitis ulcerosa Morbus Crohn	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit

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.

Buch- stabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung *) _____ (bitte eintragen)	_____ Kostform (bitte eintragen)

*) 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 hier für Ihre Patientendokumentation und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein.