

**Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung nach**

§ 21 Abs. 5 SGB II  § 30 Abs. 5 SGB XII

Erstantrag

Folgeantrag

Ich, \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
(Telefon)

Kunden-Nummer BA:  
(sofern vorhanden)

Nummer der Bedarfsgemeinschaft:

beantrage für mich/ein Kind die Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung.  
Als Begründung verweise ich auf die nachfolgende Stellungnahme meines/r behandelnden Arztes/Ärztin.

*Hiermit entbinde ich den/die umseitig genannte/n Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem/der amtsärztlichen Gutachter/in. Dies beinhaltet sowohl eine telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdberichten (z. B. Krankenhausberichte). Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.*

Die verordnete Diät wird seit \_\_\_\_\_ eingehalten.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Antragstellers/in)

**Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung**

**\* Hinweis: Für Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Hypertonie, Neurodermitis, Ulcus duodeni/ventriculi, Leberinsuffizienz kann aufgrund med.-ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse kein Mehrbedarf gewährt werden.**

Herr/Frau/Kind: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ derzeitige Größe \_\_\_\_\_ cm,

Gewicht vor 3 Monaten \_\_\_\_\_ kg derzeitiges Gewicht \_\_\_\_\_ kg

beantragt einen Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung, weil folgende Erkrankung vorliegt:

- Zöliakie/Sprue
- Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost
- Niereninsuffizienz mit Dialysediät
- Mukoviszidose/zystische Fibrose
- konsumierende Erkrankung oder gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung aufgrund folgender Erkrankung: \*
  - fortschreitende/fortgeschrittene Krebserkrankung
  - HIV-Infektion/AIDS
  - Multiple Sklerose
  - schwerer Verlauf von  Colitis ulcerosa
  - Morbus Crohn
  - Sonstige: \_\_\_\_\_, weil

der BMI unter 18,5 liegt und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist  
und/oder  ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5 % des  
Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten bei nicht willkürlicher  
Abnahme bei Übergewicht zu verzeichnen ist.

sonstige schwere Erkrankung\*: (z.B. Laktoseintoleranz bis 6. Lebensjahr, angeborene Alactasie, hereditäre  
Fruktoseintoleranz, Glutensensitivität) \_\_\_\_\_

(\* nach Beurteilung durch das Gesundheitsamt)

**Der Patient ist über Art und Zweck der Diät informiert worden. Ein Diätplan liegt vor.**

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Arztstempel)

### Auftrag

der KVA Vogelsbergkreis

des Amtes für Soziale Sicherung

**Gesundheitsamt**

Lauterbach, den \_\_\_\_\_

**im Hause**

mit der Bitte um Beurteilung im Sinne der ergangenen Empfehlungen.

Im Auftrag

Sachbearbeiter/in:

Telefonnummer:

### Amtsärztliche Beurteilung

Urschriftlich zurück an

KVA  Amt für Soziale Sicherung

### Beurteilung

Es handelt sich um eine Kostform, die gegenüber der Normalernährung

Mehrkosten erfordert in Höhe von  10 %  20 % des Eckregelsatzes.

Empfohlener Bewilligungszeitraum: \_\_\_\_\_

Mehrkosten erfordert in Höhe von \_\_\_\_\_ €.

Empfohlener Bewilligungszeitraum: \_\_\_\_\_

keine Mehrkosten erfordert.

Begründung (bei Ablehnung, Über- oder Unterschreitung des Regelwertes):

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

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Amtsarzt, -ärztin)