

Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs für Kranke mit einer kostenaufwändigeren Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII

Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag

NAME	VORNAME	GEB.-DATUM
ANSCHRIFT	AKTENZEICHEN	

Ich beantrage die Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung. Als Begründung verweise ich auf die nachfolgende ärztliche Stellungnahme meines behandelnden Arztes.

Hiermit entbinde ich im Rahmen der Prüfung meines Antrags im Sinne meiner Mitwirkungspflicht den unten genannten Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:

Eine Diät oder Krankenkost ist nicht zwangsläufig mit einem Kostenmehraufwand verbunden. Bei einer Reihe von Erkrankungen müssen lediglich bestimmte Nahrungsmittel vermieden werden. Andere Erkrankungen benötigen im Vergleich zur „normalen Mischkost“ (Vollkost) eine veränderte Zusammensetzung, ohne dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen. Nur sehr wenige Erkrankungen benötigen eine Krankenkost, die kostenaufwändiger ist als eine Vollkost.

Bei den im Folgenden aufgeführten Erkrankungen liegt kein Mehrbedarf wegen kostenaufwändigerer Ernährung vor:

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit - Typ II und Typ I, konventionell und intensiviert konventionell behandelt)
- Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)
- Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)
- Kardinale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- und Nierenerkrankungen)
- Leberinsuffizienz
- Neurodermitis (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)
- Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
- Ulcus ventriculi (Magengeschwür)

Ärztliche Stellungnahme zum obigen Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändigerer Ernährung.

Herr/Frau.....geb.:

wohnhaft:.....

Folgende Angaben sind zwingend erforderlich:

Sie/Er befindet sich seit dem in meiner ärztlichen Behandlung.

Größe: cm, Gewicht:kg

Sie/Er bedarf einer mit deutlichen Mehrkosten verbundenen Krankenkost.

Es liegt / liegen folgende Erkrankung/en vor:

- Zöliakie / Sprue (Glutenfreie Kost)
- dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Dialysediät)
- Niereninsuffizienz (Eiweißdefinierte Kost)
- sonstige Erkrankung*:

Kostform:

* 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 ein.

- Verzehrende (konsumierende) Erkrankung mit erheblichen körperlichen Auswirkungen oder mit gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung:

- Krebs (bösartiger Tumor)
- HIV-Infektion/AIDS
- Multiple Sklerose
- Colitis ulcerosa / Morbus Crohn

Bei den hier genannten verzehrenden Erkrankungen kann ebenfalls ein Mehrbedarf vorliegen. Falls der BMI unter 18,5 liegt und das Untergewicht Folge der Erkrankung ist und/oder ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % im Vergleich zu den vorausgegangenen 3 Monaten) zu verzeichnen ist, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden, jedoch nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht.

Der BMI beträgt Datum der Messung

- das Untergewicht ist Folge der Erkrankung
- Ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % im Vergleich zu den vorausgegangenen 3 Monaten) ist zu verzeichnen
- Es handelt sich nicht um eine willkürliche Abnahme bei Übergewicht.

.....
Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes