

Erstantrag Weiterbewilligungsantrag**auf Gewährung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwendiger Ernährung gemäß § 30 SGB XII**

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

Hiermit entbinde ich im Rahmen der Prüfung meines Antrages im Sinne meiner Mitwirkungspflicht den unten genannten behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem ärztlichen Gutachter. Diese Entbindung beinhaltet sowohl eine telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdbberichten (z. B. Krankenhausberichte). Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die verordnete Diät halte ich seit _____ ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ gesetzlichen Vertreters

Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwendiger Ernährung

Herr/Frau		geb. am	
wohnhaft			
Größe		Gewicht	
cm		kg	
bedarf einer mit deutlichen Mehrkosten verbundenen Krankenkost wegen:			
<input type="checkbox"/> dialysepflichtiger Niereninsuffizienz			
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, die mit eiweißdefinierter Kost behandelt wird			
<input type="checkbox"/> Zöliakie/Sprue			
<input type="checkbox"/> konsumierende Erkrankungen mit erheblichen körperlichen Auswirkungen			
<input type="checkbox"/> fortschreitendem/fortgeschrittenes Krebsleiden			
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS			
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose			
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn			
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa			
<input type="checkbox"/> folgender schwerer Erkrankung mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes oder unter belastender Therapie:			
Diagnose:			

Derzeitige Therapie:
Krankheitsklassifizierende Angaben (z. B. relevante Laborwerte, Medikamente, Bestrahlung):
<input type="checkbox"/> Krankenhausunterlagen/Behandlungsberichte liegen vor. <input type="checkbox"/> sind beigelegt.
<input type="checkbox"/> Der Patient ist über Art und Zweck der Diät beraten worden, ein Diätplan liegt vor.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift