



## Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändigerer Ernährung ( Krankenkostzulage )

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ m      Gewicht \_\_\_\_\_ kg      Normalgewicht \_\_\_\_\_ kg

Über- / bzw. Untergewicht krankheitsbedingt       ja       nein

Bedarf einer mit Mehrkosten verbundenen Ernährung wegen:

- Konsumierender Erkrankung mit erheblichen körperlichen Auswirkungen  
(bei fortschreitender Erkrankung mit Gewichtsverlust, z.B. Krebs, Aids, schwerer schubweiser Verlauf einer Multiplen Sklerose, schwere Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn)

**Bitte relevante Befunde in einem verschlossenen Umschlag "Für den Amtsarzt" beilegen.**

- gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung  
(Malabsorption / Maldigestion, z. B. wenn der BMI unter 18,5 liegt, schneller krankheitsbedingter Gewichtsverlust - über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangen 3 Monaten)
- Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost
- Niereninsuffizienz mit Dialysediät
- Zöliakie / Sprue
- Sonstige Erkrankungen (z.B. Leberzirrhose mit Aszites)

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

- Dem Patient wurde die Einhaltung einer Diät / Ernährung empfohlen. Der Patient wurde über Art und Zweck der Diät informiert.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Arztstempel



Erstantrag

Weiterbewilligungsantrag

**auf Gewährung einer Krankenkostzulage  
nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches ( SGB )  
Zweites Buch ( II ) bzw. Zwölftes Buch ( XII )**

Ich beantrage die Gewährung einer Krankenkostzulage (Mehrbedarf für kostenaufwändigere Ernährung).  
Als Begründung verweise ich auf die vorstehende ärztliche Stellungnahme.

Hiermit entbinde ich den vorgenannten Arzt / die vorgenannte Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem amtsärztlichen Gutachter. Dies beinhaltet sowohl die telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdberichten. Diese Erklärung gilt zugleich auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die empfohlene Ernährung / verordnete Diät wird von mir seit \_\_\_\_\_ eingehalten.

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers / der Antragstellerin