

Anlage 5: Ärztliches Attest zur Erlangung eines Mehrbedarfes für kostenaufwändige Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII

Vor- und Nachname des Patienten	Geburtsdatum des Patienten
--	-----------------------------------

Größe des Patienten	Gewicht des Patienten
----------------------------	------------------------------

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. Bei fehlender Mitwirkung kann der ernährungsbedingte Mehrbedarf unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Der Patient / die Patientin benötigt eine kostenaufwändige Ernährung wegen:

1. krankheitsassoziierter Mangelernährung:
- Tumorerkrankungen
 - Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
 - CED (Morbus Crohn, Collitis Ulcerosa)
 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
 - terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insb. bei Dialyse
 - Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)
 - Wundheilungsstörungen
 - andere Erkrankung mit gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Verwertung:

Bezeichnung

und (falls zutreffend unbedingt ergänzend ankreuzen, da sonst kein Mehrbedarf möglich):

- der BMI liegt unter 20 (bis 70 Jahre) oder der BMI liegt unter 22 (ab 70 Jahre)
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (>5% innerhalb der letzten sechs Monate oder <10 % über sechs Monate)
- Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)
- keine der vorgenannten 3 weiteren Voraussetzungen liegt vor

und (falls zutreffend unbedingt ergänzend ankreuzen, da sonst kein Mehrbedarf möglich):

- besonders schwerer Verlauf / Inflammation
- Geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation
- keine der vorgenannten 2 weiteren Voraussetzungen liegt vor

2. Mukoviszidose / zystische Fibrose
3. Schluckstörungen (Kosten für Andickungsmittel)
4. Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysediät
5. Zöliakie / einheimische Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten)
6. Hereditäre Fructoseintoleranz (erforderlicher Mehrbedarf monatlich ____ Euro)

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes, Stempel