

# Anlage Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung

## Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Nummer der Bedarfsgemeinschaft _____
Familienname, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers _____

Name, Vorname des Hilfebedürftigen _____
Geburtsdatum _____ Anschrift _____

- Ich habe bereits mit Antrag vom \_\_\_\_\_ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.
- Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend.

**Als Nachweis lege ich die beigefügte Bescheinigung meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.**

**Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Verfügung

**(wird vom zuständigen Leistungsträger ausgefüllt)**

- Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändigere Ernährung
- für den gesamten Bewilligungsabschnitt  vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro bewilligt.
- Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil \_\_\_\_\_
- Wiedervorlage am: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_



Vor Übergabe an die Ärztin/den Arzt vom Patienten in Druckbuchstaben auszufüllen.

### **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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

## Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

**Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändige Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!**

Es besteht eine der unter Buchstabe  a)  b)  c)  d)

angegebene Erkrankung, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei einer verzehrenden (konsumierenden) Krankheit (Buchstabe a):

der BMI ist unter 18,5 gefallen und/oder

es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht).

Bei **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben:

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

Die Krankenkost ist für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

\_\_\_\_\_

Eine Nachuntersuchung ist  nicht erforderlich  erforderlich bis zum \_\_\_\_\_

Begründung:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

## Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung

(verbleibt bei der/dem ausstellenden Ärztin/Arzt)

Buch- stabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion / AIDS Multiple Sklerose Colitis Ulcerosa Morbus Crohn	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit

Bei den hier genannten verzehrenden (konsumierenden) Krankheiten kann ebenfalls ein Mehrbedarf vorliegen. Fällt der BMI unter 18,5 und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Dies muss ebenso, wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch einen Arzt bestätigt werden.

Buch- stabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung*)	
	(bitte eintragen)	Kostform (bitte eintragen)

\*) 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 für Ihre Patientendokumentation und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein.

### Hinweis zum Datenschutz für Leistungsbezieher und Antragsteller:

Wenn Sie einen Antrag stellen oder Unterlagen nachreichen, verarbeiten wir Ihre Daten. Ihnen steht die Information für Antragsteller und Leistungsempfänger im Internet unter <https://www.efa-sk.de/web/datenschutzerklärung> zur Einsicht zur Verfügung. Die Information kann auf Wunsch auch in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebs für Arbeit eingesehen werden.

### Hinweis zum Datenschutz für den/die behandelnden Arzt /Ärzte:

Sie sind verpflichtet, nach § 60 SGB II die abgeforderten Angaben zu übermitteln. Die Zuwiderhandlung ist als Ordnungswidrigkeit gem. § 63 SGB II bußgeldbewährt. Die Information über die Verarbeitung Ihrer Daten und zum Datenschutz ist unter <https://www.efa-sk.de/web/datenschutzerklärung> einsehbar. Auf Wunsch kann die Information auch in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebs für Arbeit – Jobcenter Saalekreis eingesehen werden.