

Ärztliches Attest

**zur Vorlage bei der Sozialhilfeverwaltung des Landratsamtes Wunsiedel i. Fichtelgebirge
wegen Gewährung eines Mehrbedarfes für kostenaufwendige Ernährung**

Frau/Herr _____, geb. am _____,
Anschrift _____,
ist seit _____ in meiner Behandlung wegen _____

(genaue Bezeichnung der Erkrankung/en).

Körpergröße _____ cm, Körpergewicht _____ kg, BMI _____

Bei Obengenannter/Obengenanntem ist eine Ernährung mit ausgewogener Mischkost nicht möglich. Krankheitsbedingt ist eine kostenaufwändige Ernährung erforderlich, die eine zusätzliche Leistung zum Lebensunterhalt erfordert (Krankenkostzulage).

Kostenaufwendige Ernährung ist erforderlich wegen

Erkrankung

- dekompensierte Niereninsuffizienz (Entgleisung der Nierenfunktion mit Dialysepflicht)**

- Zöliakie, Sprue**

- Diabetes mellitus Typ I bei**
 - Normalgewicht
 - Untergewicht

Therapieform: _____
Normalkost ist aus folgenden Gründen nicht möglich:

- Folgende schwere abbauende Erkrankung mit stark eingeschränktem Allgemeinzustand/stark belastende Therapie erfordert**

Kostform

Dialysekost

glutenfreie Kost

Diabeteskost

Vollkost („Aufbaukost“)

- Folgende Erkrankung/en erfordert eine Mehrkosten verursachende Kostform**

(Kostform)

Schweregrad: _____
Normalkost ist aus folgenden Gründen nicht möglich:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes

Stellungnahme der Abteilung Gesundheitswesen:

- Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung für die genannte Kostform besteht; der Mehrbedarf ist zu bewilligen für
- 12 Monate
 - _____ Monate

- Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung besteht aus amtsärztlicher Sicht nicht, weil _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift