

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
----------------------------	------------------------------

Der Patient / die Patientin benötigt eine kostenaufwändige Ernährung wegen:

1. krankheitsassoziierter Mangelernährung:

- fortschreitendes / fortgeschrittenes Krebsleiden
- HIV / AIDS
- Multiple Sklerose
- CED (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- 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)
- schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust (über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen 6 Monaten)
- keine der vorgenannten 2 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)

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes, Stempel