

## 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.  konsumierender Erkrankung, gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung:

- fortschreitendes / fortgeschrittenes Krebsleiden
- HIV / AIDS
- Multiple Sklerose
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- andere Erkrankung mit gestörter Nährstoffaufnahme bzw. Verwertung:

Bezeichnung

### **und** (bitte unbedingt ergänzend ankreuzen, da sonst nicht gültig):

- besonders schwerer Verlauf
  - der BMI liegt unter 18,5
  - schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust  
(über 5 % des Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen 3 Monaten)
  - keine der vorgenannten 3 weiteren Voraussetzungen liegt vor
2.  Mukoviszidose / zystische Fibrose
3.  Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird
4.  Niereninsuffizienz mit Dialysediät
5.  Zöliakie / einheimische Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten)

---

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes, Stempel