

## Ärztliches Attest zum Nachweis eines Mehrbedarfs für kostenaufwendige Ernährung

Zur Vorlage beim <b>Landratsamt Karlsruhe</b> <b>Dezernat III</b> <b>Beiertheimer Allee 2</b> <b>76137 Karlsruhe</b>	<u>Soweit bekannt:</u>  Aktenzeichen: .....  Sachbearbeiter/in: .....
--	---

Das SGB XII bestimmt, dass für Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder Behinderung bedrohte Menschen, die einer kostenaufwendigen Ernährung bedürfen, ein angemessener Mehrbedarf anzuerkennen ist. Mehrbedarfszuschläge sind für die unten aufgeführten Erkrankungen möglich.

**Bei Erkrankungen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Humanmedizin keiner spezifischen Diät, sondern einer so genannten „Vollkost“ bedürfen, ist ein Mehrbedarf regelmäßig zu verneinen (z. B. Diabetes, Hypertonie, Hyperlipidämien).**

**Patient/Patientin**

(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)
(Anschrift)	

**ist in meiner Behandlung.**

Erkrankung:	
<input type="checkbox"/>	Konsumierende Erkrankungen, gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung <small>(z. B. fortschreitendes / fortgeschrittenes Krebsleiden, HIV /AIDS, Multiple Sklerose, schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, Malabsorption / Maldigestion)</small>
<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose/zystische Fibrose
<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird
<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz mit Dialysediät
<input type="checkbox"/>	Zöliakie/einheimische Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß Gluten)

**In der Regel kann ein Mehrbedarf wegen kostenaufwendiger Ernährung längstens für 12 Monate anerkannt werden. Danach ist ein neues Attest erforderlich.**

**Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich weil:**

<b>Soweit erforderlich weitere Bemerkungen :</b>    
--

(Arztstempel, Datum, Unterschrift)
------------------------------------