

Landratsamt Rottal–Inn

**SG 22.1 SHV-** \_

**Ärztliche Bescheinigung**

zur Vorlage beim Landratsamt Rottal-Inn

wegen der Anerkennung eines Mehrbedarfs für Krankenkost

für: , geb. \_

wohnhaft: \_

Der Patient/die Patientin ist wegen der unten angegebenen Krankheit bei mir in ärztlicher

Behandlung seit: \_

Diagnose:

|  |
| --- |
|  |

Es handelt sich dabei um **(bitte ankreuzen)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Eine verzehrende (konsumierende) Erkrankung mit erheblichen körperlichen  Auswirkungen. |
|  | Der BMI liegt unter 18,5 und das Untergewicht ist Folge der Erkrankung.  **JA**  **NEIN** |
|  | Es liegt ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5 % des  Ausgangsgewichts in den vorausgegangenen drei Monaten vor und es handelt sich  dabei nicht um eine willkürliche Abnahme bei Übergewicht.  **JA**  **NEIN** |
|  | Eine andere Erkrankung, die mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw.  Nährstoffverwertung - Malabsorption/Maldigestion - einhergeht. |
|  | Niereninsuffizienz im Rahmen einer eiweißdefinierten Kost. |
|  | Niereninsuffizienz mit Dialysediät. |
|  | Zöliakie bzw. Sprue (Durchfallerkrankung wegen Überempfindlichkeit gegenüber  Klebereiweiß, Gluten). |

|  |  |
| --- | --- |
|  | eine andere Krankheit, die eine besondere Kostform erforderlich macht, nämlich |
|  | Welche besondere Kostform ist für diese Krankheit notwendig? |
|  | In wie weit ist diese besondere Kostform gegenüber einer ausgewogenen Mischkost oder einer Vollkost finanziell aufwändiger? |

Ergänzende Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hat der Patient/die Patientin in der Vergangenheit die besondere Kostform eingehalten? | | |
|  | **JA** | **NEIN** |
| Hat die bisher gewährte Zulage ihren Zweck erreicht? | | |
|  | **JA** | **NEIN** |
| Ist die Krankenkost erforderlich? | | |
|  | **JA** | **NEIN** wenn ja, für Monate |

\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes