

# Anlage MEB

## Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung (zu Abschnitt 3d des Hauptantrages)

Dienststelle	Eingangsstempel
Team	

Nummer der Bedarfsgemeinschaft \_\_\_\_\_

Familienname, Vorname  
der Antragstellerin/des Antragstellers \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Hilfebedürftigen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Leistungsträgers \_\_\_\_\_

Ich habe bereits mit Antrag vom \_\_\_\_\_ einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.

Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend.

**Als Nachweis lege ich die beigelegte Bescheinigung meiner behandelnden Ärztin/meines behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.**

**Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Das Attest ist in verschlossenem Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Verfügung**  
**(wird vom zuständigen Leistungsträger ausgefüllt)**

Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung

für den gesamten Bewilligungsabschnitt  vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro bewilligt.

Es ist kein Mehrbedarf zu gewähren, weil \_\_\_\_\_

Wiedervorlage am: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft in \_\_\_\_\_



Vor Übergabe an  
die Ärztin/den Arzt  
vom Patienten in  
Druckbuchstaben  
auszufüllen.

### Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

## Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

**Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändige Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!**

- ◆ Es besteht eine der unter Nr. \_\_\_\_\_ angegebenen Erkrankungen, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei **sonstiger Erkrankung** (Nr. 9) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigen Ernährung hier angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ◆ Die Krankenkost ist für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

\_\_\_\_\_

- ◆ Eine Nachuntersuchung ist  nicht erforderlich  erforderlich bis zum \_\_\_\_\_

Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

## Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung

(verbleibt bei der/dem ausstellenden Ärztin/Arzt)

Nr.	Art der Erkrankung	Krankenkost
1.	Krankheiten, die Vollkost bedingen: Colitis ulcerosa Diabetes mellitus Typ I <u>intensivierte</u> konventionelle Insulintherapie HIV-Infektion/AIDS Krebserkrankung Morbus Crohn Multiple Sklerose Neurodermitis Ulcus duodeni/Ulcus ventriculi	Vollkost
2.	Diabetes mellitus Typ I konventionelle Insulintherapie Diabetes mellitus Typ IIa	Diabeteskost
3.	Hyperlipidämie	Lipidsenkende Kost
4.	Hypertonie/kardiale oder renale Ödeme	Natriumdefinierte Kost
5.	Hyperurikämie/Gicht	Purinreduzierte Kost
6.	Leberinsuffizienz Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
7.	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
8.	Zöliakie/Sprue	Glutenfreie Kost
9.	Sonstige Erkrankung	
	(bitte eintragen)	Kostform (bitte eintragen)