



**Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für  
kostenaufwändige Ernährung nach § 30 Abs. 5 SGB XII**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

- Erstantrag  
 Weiterbewilligung

Ich beantrage einen Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung („Krankenkostzulage“) im Rahmen meiner Leistungen nach dem SGB XII. Eine ärztliche Stellungnahme liegt diesem Antrag bei\*. Ich entbinde meine Ärztin beziehungsweise meinen Arzt von der Schweigepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke, sofern dies zur Prüfung meines Antrags erforderlich ist. Diese Entbindung von der Schweigepflicht beinhaltet sowohl telefonische und persönliche Rücksprachen als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdbberichten (zum Beispiel Entlassungsberichte von stationären Einrichtungen). Diese Erklärung gilt als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die verordnete Diät halte ich seit dem \_\_\_\_\_ ein. (bitte durchstreichen, falls dies nicht zutrifft!)

Die monatlichen Mehrkosten belaufen sich auf ca. \_\_\_\_\_ €. Erläuterungen:

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\*Das Ausstellen dieser Bescheinigung ist eine kostenpflichtige, privatärztliche Leistung. Als angemessener Umfang für die Kosten der vorgesehenen Bescheinigung sind die nach Ziffer 70 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehenen Gebühren für eine „kurze Bescheinigung“ anzusehen, und zwar in Höhe des bei Privatrechnungen üblichen 2,3-fachen Satzes, mithin derzeit 5,36 €. **Diese Kosten werden nicht erstattet!**

## Ärztliche Stellungnahme

**Frau / Herr** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

bedarf einer mit deutlichen Mehrkosten verbundenen Krankenkost wegen

- Niereninsuffizienz (eiweißdefinierte Kost)
- dialysepflichtiger Niereninsuffizienz
- Zöliakie / Sprue
- einer sonstigen schweren Erkrankung mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes oder unter belastender Therapie
  - Erbrechen und / oder Durchfälle
  - Gewichtsverlust (- 5% des Ausgangsgewichts in den letzten 3 Monaten)

### Hinweis:

Krankheiten, die keine zusätzlichen Kosten bei der Ernährung verursachen (z. B. Fettstoffwechselerkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus) können bei der Prüfung eines Mehrbedarfs nicht berücksichtigt werden.

**Diagnose** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Derzeitige Therapie** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Arztstempel)

Das Ausstellen dieser Bescheinigung ist eine kostenpflichtige, privatärztliche Leistung. Als angemessener Umfang für die Kosten der vorgesehenen Bescheinigung sind die nach Ziffer 70 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehenen Gebühren für eine „kurze Bescheinigung“ anzusehen, und zwar in Höhe des bei Privatrechnungen üblichen 2,3-fachen Satzes, mithin derzeit 5,36 €. **Diese Kosten werden nicht erstattet!**