Landratsamt Lörrach
Fachbereich Soziales
Palmstr. 3
79539 Lörrach

Bewilligung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung

Ich beantrage die Gewährung einer Krankenkostzulage (Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung). Als Begründung verweise ich auf die nachfolgende ärztliche Stellungnahme meines behandelnden Arztes.

Hiermit entbinde ich zur Prüfung meines Antrages den unten genannten behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem amtsärztlichen Gutachter. Diese Entbindung beinhaltet sowohl eine telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdberichten (z. B. Krankenhausberichte). Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Die verordnete Diät halte ich seit _____ ein.

Ort, Datum _____ Unterschrift Antragsteller/-in / gesetzlichen Vertreters/-in _____

Ärztliche Stellungnahme zum obigen Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung (Krankheit)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geb.-Datum _____ Größe _____ cm Gewicht _____ kg

bedarf einer mit deutlichen Mehrkosten verbundenen Krankenkost wegen:

- ☐ Krankheitsassoziierte Mangelernährung, gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung – 10 v. H.
- ☐ Mukoviszidose/zystische Fibrose – 30 v. H.
- ☐ Niereninsuffizienz **mit** Dialysediät – 5 v. H.
- ☐ Zöliakie – 20 v. H.
- ☐ Schluckstörungen (nach Schlaganfall / bei neurologischer Erkrankung)

Diagnose

_____

Derzeitige Therapie

_____

Krankheitsklassifizierende Angaben (z. B. relevante Laborwerte, Medikamente, Bestrahlung).

- ☐ Krankenhausunterlagen/Behandlungsberichte ☐ liegen vor ☐ sind beigefügt
- ☐ Der Patient ist über Art und Zweck der Diät beraten worden, ein Diätplan liegt vor.

Ort, Datum _____ Arztstempel, Unterschrift _____

Urschriftlich zurück an
Dezernat V
SG 513
Im Hause

Sachbearbeiter im SG 513
Name SB
Telefon
Mail
@loerrach-landkreis.de

Beurteilung

Es handelt sich um eine Kostform, die gegenüber der Normalernährung

☐ keine Mehrkosten erfordert

☐ Mehrkosten erfordert in Höhe der Bedarfsgruppe _____

Eine neue ärztliche Stellungnahme des behandelnden Arztes sollte angefordert werden

☐ nach 1 Jahr (Regeldauer)

☐ nach _____ Jahren

☐ Sonstige Beurteilung/Begründung:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Amtsarzt/-ärztin