

# Ärztliches Attest zur Erlangung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung

Sozialhilfe

Kriegsopferfürsorge

## Patient/Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

ist in meiner Behandlung wegen:  
Diagnose (genaue Krankheitsbezeichnung)

Beginn der Behandlung

Körperlänge \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Erkrankungen

- Konsumierende Erkrankungen  
gestörte Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung
- Niereninsuffizienz, die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird
- Niereninsuffizienz mit Dialysediät
- Zöliakie, Sprue

Sonstige Erkrankung

Erforderliche Höhe des Mehrbedarfs

€

Befristung der Krankenkost

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

Begründung des Mehrbedarfs

Bemerkungen

PLZ, Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Arztstempel