Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Landratsamt Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

A 7

Ärztliche Bescheinigung

über die Erforderlichkeit einer kostenaufwendigen Ernährung aus medizinischen Gründen

Eingang:

Aktenzeichen:

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Wohnanschrift

ist seit _____ in meiner Behandlung.

Bei o. g. Patientin bzw. Patient liegt/liegen folgende diagnostische Erkrankungen vor:

☐ Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie ☐ Zöliakie ☐ Mukoviszidose

☐ Tumorerkrankungen ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen ☐ CED (Morbus Crohn, Collitis Ulcerosa)

☐ Neurolog. Erkrankungen ☐ Wundheilungsstörungen ☐ Lebererkrankungen

☐ Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie

und der o. g. Erkrankung liegt jeweils ein Kriterium vor

> phänotypischer Natur

☐ unbeabsichtigter Gewichtsverlust
(> 5 % innerhalb der letzten 6 Monate oder > 10 % über sechs Monate)

☐ niedriger BMI (< 20, wenn < 70 Jahre, oder < 22, wenn 70 Jahre)

☐ reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden)

> ätiologischer Natur

☐ geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation
(< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische gastrointestinale Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt)

☐ Krankheitsschwere/Inflammation

☐ sonstige Erkrankungen: _____
Diagnose(n) nach ICD-10

Nach meiner Einschätzung wird wegen o. g. Erkrankung folgende Sonderkost benötigt:

☐ Dialysediät ☐ glutenfreie Kost ☐ hochkalorische Kost ☐ Vollkost

Die Patientin/Der Patient wurde über die Erforderlichkeit und die Zusammensetzung der Sonderkost aufgeklärt und entsprechend beraten. Sie/Er wurde auf das hohe Maß der Selbstverantwortung sowie über die wesentliche Abhängigkeit eines Erfolges der Maßnahme von ihrer/seiner eigenen Mitwirkung aufmerksam gemacht.

Ort, Datum

Arztstempel und -unterschrift

LANDKREIS ZWICKAU
LANDRATSAMT