

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

Landratsamt Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau

A 7

Eingang:

Ärztliche Bescheinigung

über die Erforderlichkeit einer kostenaufwendigen Ernährung
aus medizinischen Gründen

Aktenzeichen:

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Wohnanschrift

ist seit _____ in meiner Behandlung.

Die Patientin/der Patient benötigt nach meiner ärztlichen Einschätzung folgende Sonderkost:

Dialysediät

Glutenfreie Kost

Vollkost

Eiweißdefinierte Kost

Dieser Einschätzung liegt/liegen folgende diagnostizierte Erkrankungen zugrunde:

Niereninsuffizienz

Niereninsuffizienz
(Hämodialyse behandelt)

Zöliakie, Sprue

fortschreitender Krebs

HIV-Infektion/AIDS

Multiple Sklerose

Morbus Crohn

Colitis Ulcerosa

und

die oben genannte Erkrankung zeigt einen besonders schweren Verlauf.

Folge der oben genannten Erkrankung ist ein Untergewicht mit einem BMI unter 18,5 und/oder ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von mehr als 5% des Ausgangsgewichts innerhalb der letzten 3 Monate (keine willkürliche Abnahme bei Übergewicht).

sonstige besondere Umstände: _____

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

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.

Ärztliche Bescheinigung - Stand 03/13

LANDKREIS ZWICKAU
LANDRATSAMT



Ort, Datum

Arztstempel und -unterschrift