

Anlage MEB – Gewährung eines Mehrbedarfs wegen kostenaufwändiger Ernährung

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) bitte vollständig und gut lesbar in Druckschrift aus. Sie vermeiden dadurch zeitintensive und kostenaufwändige Rückfragen. Beachten Sie bitte die Ausfüllhinweise. Die Antragsvordrucke finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-row.de.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Leistungssachbearbeiterin / Ihren Leistungssachbearbeiter.

Tag der Antragstellung (wenn abweichend vom Erst- bzw. Weiterbewilligungsantrag)	Eingangsdatum / Dienststelle
---	------------------------------

1. Meine persönlichen Daten

Aktenzeichen _____
Das Aktenzeichen entnehmen Sie bitte dem letzten Bescheid bzw. Anschreiben.

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

2. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben in dieser Anlage beziehen

Vorname _____ Familienname _____ Geburtsdatum _____

3. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung

Die unter Punkt 2. genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend.

Bitte legen Sie als Nachweis den beigefügten Bescheinigungsvordruck, ausgefüllt von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt, vor. Der Bescheinigungsvordruck wird für die Berechnung der Leistung verwendet.

Anstelle des Bescheinigungsvordruckes können Sie auch ein ärztliches Attest vorlegen. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten. Reichen Sie das Attest bitte in einem verschlossenen Umschlag ein.

Ich bestätige, dass die Angaben zutreffend sind.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers	_____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller/innen
---------------------	---	---

Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

} Vor der Übergabe an die Ärztin/den Arzt von der Patientin/dem Patienten in Druckbuchstaben auszufüllen.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Die Bescheinigung ist nicht erforderlich, wenn nur eine Ernährungsumstellung erforderlich ist, die der Patientin/dem Patienten keine Mehrkosten verursacht. Beachten Sie in diesem Zusammenhang bitte das beigefügte „Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung“.

Es besteht eine der unter Buchstabe a) b) c) d) angegebenen Erkrankungen, welche mit der folgenden Krankenkost behandelt werden muss:

Bei Buchstabe a) sind folgende weitere Angaben erforderlich:

- Bei der erwachsenen Patientin/dem erwachsenen Patienten ist der BMI unter 18,5 gefallen und/oder es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht).
- Bei der minderjährigen Patientin/dem minderjährigen Patienten liegt unter Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes (z. B. Perzentilkurven Kromeyer-Hauschild 2001) ein erhöhter Ernährungsbedarf vor.

Bei Buchstabe d) geben Sie bitte hier die Art der Erkrankung an:

Die Krankenkost ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Krankenkost länger als 12 Monate verordnet wird:

Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich erforderlich bis zum _____

Begründung: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung
(zum Verbleib bei der ausstellenden Ärztin/dem ausstellenden Arzt)**

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion/AIDS Multiple Sklerose Colitis Ulcerosa/Morbus Crohn	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit

Bei den hier genannten verzehrenden (konsumierenden) Krankheiten kann ein Mehrbedarf vorliegen. Fällt der BMI unter 18,5 und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Bei minderjährigen Patienten ist der individuelle Entwicklungsstand zu berücksichtigen (z. B. Perzentilkurven Kromeyer-Hauschild 2001). Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
	Mukoviszidose/zystische Fibrose	Erhöhter Energiebedarf, u. a. Zufuhr hochwertiger modifizierter Fette
c)	Niereninsuffizienz mit Dialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie/einheimische Sprue	Glutenfreie Kost
d)	_____ Sonstige Erkrankung *) <i>Bitte geben Sie die Art der Erkrankung an</i>	_____ <i>Bitte geben Sie die erforderliche Krankenkost an</i>

*) Die vorstehende Aufzählung der Krankheiten ist nicht abschließend. Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung fordern, tragen Sie bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier für Ihre Patientendokumentation und in der Ärztlichen Bescheinigung ein.