

Ärztliches Attest

zur Vorlage beim Landratsamt Bad Tölz – Wolfratshausen wegen
Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Ausfüllhinweis für den Arzt:

Bitte grau hinterlegte Felder **vollständig** ausfüllen, die notwendige Kostform ankreuzen und durch Ihre Unterschrift und Ihren Stempel bestätigen. Sie vermeiden damit Nachfragen.
Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank!

Name:	Geburtsdatum:	Anschrift:
ist wegen (genaue Krankheitsbezeichnung) 		
seit in meiner Behandlung.		
Körpergewicht: kg : (Körpergröße: m ²) = Body Mass Index von 		
Reduktionskost (Gewichtsreduzierung) notwendig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Der Patient wurde von mir über die Zusammensetzung einer zweckmäßigen Ernährung und einem gesundheitsbewussten Ernährungsverhalten, insbesondere bei Übergewicht eingehend beraten.		
<u>Bei Weiterbewilligung:</u> Die bisher verordnete Krankenkost wurde soweit ersichtlich eingehalten und hat ihren Zweck erfüllt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Folgende Kostform wird von mir ärztlicherseits verordnet für die Dauer von Monaten:		

<p><u>Verzehrende(konsumierende) Krankheiten</u></p> <p><input type="checkbox"/> fortschreitendem/fortgeschrittenem Krebsleiden</p> <p><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>
<p><u>Schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen</u></p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>
<p><u>Erkrankungen mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung</u></p> <p><input type="checkbox"/> Malabsorption</p> <p><input type="checkbox"/> Maldigestion</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>
<p><u>Gewichtsverlust</u></p> <p><input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI unter 18,5) als Folge der Erkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5% des Ausgangsgewichtes in den vergangenen drei Monaten</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>
<p><u>Nierenleiden und Glutenunverträglichkeit</u></p> <p><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz die mit einer eiweißdefinierten Kost behandelt wird</p> <p><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz mit Dialysediät</p> <p><input type="checkbox"/> Zöliakie bzw. Sprue</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>

Kosten für dieses Attest können von der Sozialhilfverwaltung übernommen werden. Es werden die Ziffer 70 der GoÄ vorgesehenen Gebühren für die Ausstellung einer kurzen Bescheinigung in Höhe des üblichen 2,3-fachen Satzes anerkannt, somit derzeit 5,36 €.