

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.

Die Aufzählung der möglichen Krankenkostzulagen ist abschließend. Zulagen für andere Krankheiten als unten aufgeführt können nicht gewährt werden.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank!

Name:	Geburtsdatum:	Anschrift:
ist wegen (genaue Krankheitsbezeichnung)		
seit <input type="text"/> in meiner Behandlung.		
Körpergewicht: <input type="text"/> kg : (Körpergröße: <input type="text"/> m ²) = Body Mass Index von <input type="text"/>		
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.		
Folgende Kostform wird von mir ärztlicherseits verordnet für die Dauer von <input type="text"/> Monaten:		

<p><u>Verzehrende (konsumierende) Krankheiten</u> (2370)</p> <p><input type="checkbox"/> fortschreitendes/fortgeschrittenes Krebsleiden</p> <p><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</p> <p><u>Schwere Verläufe entzündlicher Darmerkrankungen</u> (2374)</p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p> <p><u>Erkrankungen mit einer gestörten Nährstoffaufnahme bzw. Nährstoffverwertung</u> (2375)</p> <p><input type="checkbox"/> Malabsorption</p> <p><input type="checkbox"/> Maldigestion</p> <p><u>Hierbei liegt vor:</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><input type="checkbox"/> <u>Mukoviszidose</u> (2377)</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 (2371)</p> <p><input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz mit Dialysediät (2372)</p> <p><input type="checkbox"/> Zöliakie bzw. Sprue (2373)</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes</p>

Kosten für dieses Attest können auf Antrag von der Sozialhilfeverwaltung 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 €.