

Anlage 4 Kostenaufwendige Ernährung	Zum Antrag vom	
--	----------------	--

--	--

Stempel des Arztes	Ort, Datum
Bescheinigung zur Vorlage beim Sozialamt	

Es wird bescheinigt, dass Herr/Frau/Kind	, geb. am	seit dem
--	-----------	----------

_____ in meiner Behandlung ist und aus folgenden Gründen eine kostenaufwendige Ernährung benötigt.
--

1.	Hyperlipidämie (Erhöhung der Blutfette)	
2.	Hyperurikämie (Erhöhung der Harnsäure im Blut)	
3.	Gicht (Erkrankung durch Harnsäureablagerungen)	
4.	Leberinsuffizienz (Leberversagen)	
5.	Niereninsuffizienz	
	5.1 Nierenversagen	
	5.2 Hämodialyse behandelt	
6.	Hypertonie (Blutdruckerhöhung im großen Kreislauf)	
7.	kardiale und renale Ödeme (Gewebswasseransammlungen bei Herz- und Nierenkrankheiten)	
8.	Zöllakie/Sprue (Durchfallerkrankung bedingt durch Überempfindlichkeit gegenüber Klebereiweiß)	
9.	Diabetes mellitus	
	9.1 Typ I (konventionelle Insulintherapie)	
	9.2 Typ I (intensivierte konventionelle Insulintherapie)	
	9.3 Typ II a (Alterszuckerkrankheit bei nicht übergewichtigen Patienten)	
10.	Colitis ulcerosa (mit Geschwürsbildungen einhergehende Erkrankung der Dickdarmschleimhaut)	
11.	Morbus Crohn (Erkrankung des Magen-Darmtrakts unbekannter Ursache mit Neigung zur Bildung von Fisteln und Verengungen)	
12.	Ulcus duodeni (Geschwür im Zwölffingerdarm)	
13.	Ulcus ventriculi (Magengeschwür)	
14.	HIV-Infektion/AIDS (Infektionskrankheit, durch HIV-Vieren bedingt)	
15.	Krebs (bösartiger Tumor)	
16.	Multible Sklerose (degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, häufig schubweise verlaufend)	

17.	Neurodermites (Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten auf genetischer Basis)	
18.	Andere Erkrankungen, die eine kostenaufwendige Ernährung erfordern:	
	Art der Erkrankung:	
	Begründung für aufwendige Ernährung	

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg
Vorgeschlagener Bewilligungszeitraum _____ Monate

Sonstige Bemerkungen:

Ort und Datum _____

Unterschrift _____