



Kostenaufwändige Ernährung



Anlage



zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung
(zu Abschnitt 3 des Hauptantrags)



Zutreffendes
bitte
ankreuzen



Weitere Informationen finden
Sie zu der jeweiligen Nummer
in den Ausfüllhinweisen

Die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter www.arbeitsagentur.de

1. Meine persönlichen Daten

Anrede	Vorname
Familienname	
Geburtsdatum	
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	

2. Persönliche Daten der Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen (9)

Anrede	Vorname
Familienname	
Geburtsdatum	

3. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung (15)

☐ Die unter Punkt 2 genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend.

☐ Die unter Punkt 2 genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend gemacht.

Datum der Antragstellung

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

► Anstelle des Bescheinigungsvordruckes können Sie auch ein **ärztliches Attest** vorlegen. Dieses muss die **Erkrankung** sowie die **verordnete Kostform** enthalten. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung:

Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--

► Nur auszufüllen bei vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen:

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten:

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller (bei Minderjährigen: Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters)
-----------	--



2

MEB

Bearbeitungsvermerke
Nur vom Jobcenter auszufüllen

Eingangsstempel

Dienststelle

Team

☐ Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung anerkannt.

Bewilligungszeitraum (von - bis)

Höhe des Mehrbedarfs in Euro

☐ Es wird kein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung anerkannt.

Begründung:

☐ Wiedervorlage

Datum der Wiedervorlage

Grund der Wiedervorlage

Handzeichen, Datum



Ärztliche Bescheinigung

(Diese Seite kann im Jobcenter nur durch besonders berechnigte Beschäftigte eingesehen werden.)



2

Für Frau/Herrn _____
geboren am _____
wohnhaft in _____

Vor 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

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die der Patientin/dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!

- Es besteht eine der unter Buchstabe ☐ a) ☐ b) ☐ c) ☐ d)
des Erläuterungsblattes angegebenen Erkrankungen, welche mit nachfolgender Krankenkost behandelt werden muss:

Bei einer **verzehrenden (konsumierenden) Krankheit** (Buchstabe a):

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 **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung hier angeben:

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

Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird:

- Eine Nachuntersuchung ist ☐ nicht erforderlich ☐ erforderlich bis zum _____

Begründung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes





**Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung
(verbleibt bei der/dem ausstellenden Ärztin/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 ebenfalls 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*) (bitte eintragen)	_____ Kostform (bitte eintragen)

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

Formular drucken

Formular zurücksetzen