

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| Überörtlicher Träger der Sozialhilfe: | Herangezogene Gebietskörperschaft:   | Ausführende Dienststelle:  |
| Sozialagentur<br>Sachsen-Anhalt       |  MANSFELD<br>SÜDHARZ | Amt für Soziales und Integration<br>Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12<br>06526 Sangerhausen |
|                                       | Aktenzeichen:  | Eingangsstempel:   |
|                                       |  |  |

|  |   |                    |              |
|--|---|--------------------|--------------|
| Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.   | <b>ANLAGE</b>   |                    |              |
|  | Mehrbedarf für eine kostenaufwändigen Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)  |                    |              |
|  | <b>ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG</b>  |                    |              |
|  | über die Erforderlichkeit einer kostenaufwendigen Ernährung aus medizinischen Gründen   |                    |              |
|  | – Ist von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin auszufüllen. –   |                    |              |
|  | Anstelle der ärztlichen Bescheinigung kann auch ein ärztliches Attest vorgelegt werden. Dieses muss die Erkrankung sowie die verordnete Kostform enthalten.<br>Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine Ernährungsumstellung erforderlich, die dem/der Patienten/in keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.<br>Gegebenenfalls anfallende Kosten für die Ausstellung dieser ärztlichen Bescheinigung gehören nicht zum Mehrbedarf. Sie werden deshalb nicht vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe übernommen, sondern sind vom Patienten/von der Patientin selbst zu tragen. |                    |              |
|  | <b>Leistungen werden beantragt für (Angaben des/der Patienten/in):</b>  |                    |              |
|  | Familienname (ggf. Geburtsname angeben)   | Vorname(n)         | Geburtsdatum |
|  | Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)   |                    |              |
|  | Körpergröße (cm)  | Körpergewicht (Kg) | BMI          |
| <b>Angaben zur Behandlung:</b>   |   |                    |              |
| Der/die Patient/in befindet sich bei mir in ärztlicher Behandlung wegen:<br>_____<br>_____<br>_____  |   |                    |              |
| <b>Angaben zur kostenaufwändigen Ernährung</b>   |   |                    |              |
| <input type="checkbox"/> Es besteht eine unter I. oder II. (siehe Seite 2) angegebene Krankheit, welche mit einer entsprechend zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.                           |   |                    |              |
| Die Krankenkost ist für die Zeit vom _____ bis _____ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.<br>Begründung, wenn die Dauer für länger als 12 Monate angegeben wird:<br>_____<br>_____<br>_____ |   |                    |              |
| Eine Nachuntersuchung ist <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich bis zum _____<br>Begründung:<br>_____<br>_____<br>_____                                      |   |                    |              |

Hinweis: Für die Krankheitsbilder Dyslipoproteinämien, Hyperurikämie, Gicht, Hypertonie, kardinale und renale Ödeme, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit Typ I und Typ II), Ulcus Duedeni, Ulcus Ventriculi, Neurodermitis, Lebererkrankungen, Endometriose, Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption, Histaminunverträglichkeit sowie Nicht-Zöliakie-Gluten-/Weizen-Sensitivität (NCGS) wird nach dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin eine aus dem Regelsatz zu finanzierende Vollkost als ausreichend angesehen und führt daher regelhaft nicht zu einem Mehrbedarf.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

### I. Krankheitsassoziierten Mangelernährung:

Die Aufzählung ist nicht abschließend. Mangelernährung ist ein Zustand, der durch ein länger währendes Ungleichgewicht zwischen der Nahrungszufuhr und dem Energiebedarf entsteht. Die aufgezählten Krankheiten führen nicht zwingend in einen Zustand der Mangelernährung. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sogenannten GLIM-Kriterien. Demnach muss mindestens jeweils ein Kriterium phänotypischer (d.h. das Erscheinungsbild des Individuums betreffend) und ätiologischer Natur (d.h. die Ursachen für das Entstehen der Mangelernährung betreffend) erfüllt sein.

#### I. Teil der Voraussetzung – Krankheitsassoziierte Mangelernährung aufgrund folgender Erkrankungen

- Tumorerkrankung
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- CED (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
- neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
- terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insbesondere bei Dialyse
- Wundheilungsstörungen
- Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### II. Teil der Voraussetzung – Kriterium der phänotypischen und ätiologischen Natur

##### Phänotypische Kriterien:

- niedriger BMI (< 20, wenn < 70 Jahre, oder < 22, wenn > 70 Jahre) und/oder
- es ist ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten sechs Monate oder > 10 % über sechs Monate) zu verzeichnen und/oder
- reduzierte Muskelmasse

##### Ätiologische Kriterien:

- geringe Nahrungsaufnahme oder Malassimilation (< 50 % des geschätzten Energiebedarfs > 1 Woche oder jede Reduktion für > 2 Wochen oder jede andere chronische gastrointestinale Kondition, welche die Nahrungsassimilation oder Absorption über Wochen beeinträchtigt) und/oder
- Krankheitsschwere/ Inflammation

### II. Sonstige Erkrankungen mit Ernährungsempfehlungen:

Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung erfordern, so ist die Art der Erkrankung und die erforderliche Krankenkost zu erfassen.

- Mukoviszidose (oder zystische Fibrose) – Fettreiche und hochkalorische Kost
- Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie – Dialysediät
- Zöliakie – Glutenfreie Kost
- Schluckstörungen – Verwendung von Andickpulvern
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum

Arztstempel und -unterschrift