



# Jobcenter – Kommunale Anstalt des öffentlichen Rechts für Beschäftigung und Arbeit des Landkreises Anhalt-Bitterfeld

## Anlage MEB

### zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. 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 Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben.

#### 1. Angaben zur Antragstellerin / zum Antragsteller

Aktenzeichen:	_____
Familienname, Vorname	_____

#### 2. Angaben zur Leistungsberechtigten Person in der Bedarfsgemeinschaft

Name, Vorname	_____	Geb.Datum	_____
Anschrift	_____		

#### 3. Angaben zum Mehrbedarf

<input type="checkbox"/>	Die unter Punkt 2 genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige(re) Ernährung geltend.
<input type="checkbox"/>	Die unter Punkt 2 genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung geltend gemacht.
Datum der Antragstellung: _____	
<b>Als Nachweis legen Sie bitte die beigegefügte ärztliche Bescheinigung ausgefüllt von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt vor.</b>	
<b>Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.</b>	
<b>Anstelle dieser Bescheinigung ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. 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.</b>	

<b>Ich versichere, dass die Angaben zutreffend sind.</b>			
_____	_____	_____	_____
Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Ort / Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragsteller/in

## Ärztliche Bescheinigung

### Entbindung von der Schweigepflicht hinsichtlich der hier bescheinigten Erkrankung

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung. Die Abgabe dieser Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei fehlender Mitwirkung können die Sozialleistungen jedoch unter den Voraussetzungen des § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Diese Erklärung gilt für die Dauer von einem Jahr ab dem Datum der Unterzeichnung.

Name der Ärztin/ des Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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 dem Patienten keine Mehrkosten verursacht, ist eine Bescheinigung nicht erforderlich!**

• Es besteht eine der unter Buchstabe a)  b)  c)  d)  e)  f)  g)  angegebene Erkrankung, welche mit der zugeordneten 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 g) 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Eine Ernährungsberatung ist  nicht erforderlich  erforderlich.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

**Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung**  
(verbleibt bei der ausstellenden Ärztin/ dem ausstellenden Arzt)

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion / AIDS Multiple Sklerose Colitis Ulcerosa Morbus Crohn	Krankheitsassoziierte Mangelernährung

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)	Terminal Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie <b>ohne</b> krankheitsassoziierte Mangelernährung	Vermeidung Mangelernährung Erhöhter Proteinbedarf kalium- und phosphatarme Kost
c)	Terminal Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie <b>mit</b> krankheitsassoziierte Mangelernährung	Vermeidung Mangelernährung Erhöhter Proteinbedarf kalium- und phosphatarme Kost
d)	Mukoviszidose/ zystische Fibrose	Erhöhter Energiebedarf, u. a. Zufuhr hochwertiger modifizierter Fette
e)	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
f)	Schluckstörung	mit Andickpulver
g)	_____ 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.