

Zutreffendes bitte ankreuzen! bzw. ausfüllen!

**Landratsamt
Zwickau
Sozialamt
Werdauer Straße 62
08056 Zwickau**

A 7

Eingang:

Ärztliche Bescheinigung

über die Erforderlichkeit einer kostenaufwendigen Ernährung
aus medizinischen Gründen

Aktenzeichen:

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

Wohnanschrift

ist seit _____ in meiner Behandlung.

Die Patientin/der Patient benötigt nach meiner ärztlichen Einschätzung folgende Sonderkost:

<input type="checkbox"/> Dialysediät	<input type="checkbox"/> Glutenfreie Kost	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Eiweißdefinierte Kost
--------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Dieser Einschätzung liegt/liegen folgende diagnostizierte Erkrankungen zugrunde:

<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (Hämodialyse behandelt)	<input type="checkbox"/> Zöliakie, Sprue
<input type="checkbox"/> fortschreitender Krebs	<input type="checkbox"/> HIV-Infektion/AIDS	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	
und		
die oben genannte Erkrankung zeigt einen besonders schweren Verlauf.		
Folge der oben genannten Erkrankung ist ein Untergewicht mit einem BMI unter 18,5 und/oder ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von mehr als 5% des Ausgangsgewichts innerhalb der letzten 3 Monate (keine willkürliche Abnahme bei Übergewicht).		
sonstige besondere Gründe: _____		
sonstige Erkrankungen: _____ <small>Diagnose(n) nach ICD-10</small>		

Die Patientin/Der Patient wurde über die Erforderlichkeit und die Zusammensetzung der Sonderkost aufgeklärt und entsprechend beraten. Sie/Er wurde auf das hohe Maß der Selbstverantwortung sowie über die wesentliche Abhängigkeit eines Erfolges der Maßnahme von ihrer/seiner eigenen Mitwirkung aufmerksam gemacht.

Ärztliche Bescheinigung - Stand Juli 2011

LANDKREIS ZWICKAU
LANDRATSAMT



Ort, Datum

Arztstempel und -unterschrift