

Anlage MEB

zur Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändige Ernährung

Füllen Sie diese Anlage (ohne die grau unterlegten Felder) in Druckbuchstaben aus. Beachten Sie bitte auch die Ausfüllhinweise.

Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
--	-----------------

Aktenzeichen _____
Name, Vorname des Vertreters der Bedarfsgemeinschaft _____

I. Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen	
Familienname/ggf. Geburtsname _____	
Vorname _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

II. Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung	
<input type="checkbox"/>	Die oben genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend.
<input type="checkbox"/>	Die oben 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 die **beigefügte Bescheinigung** der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.

Anstelle dieser Bescheinigung 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.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben; Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen in den Abschnitten: _____			
Ort/Datum _____	Unterschrift Antragstellerin/er _____	Ort/Datum _____	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters der Antragstellerin/er _____

Ärztliche Bescheinigung

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 Antragstellerin/er

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)

angegebenen Erkrankungen, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

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

- der BMI ist 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 **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben (diese Angaben werden in der Leistungsakte in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt):

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

Begründung, wenn die Dauer für länger als 6 Monate angegeben wird:

- Eine Nachuntersuchung ist nicht erforderlich erforderlich bis zum _____

Begründung:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

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

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterungen
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). Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterungen
b)	Niereninsuffizienz	Eiweißdefinierte Kost
	Mukoviszidose/ zystische Fibrose)	energiereiche, ausgewogene und vitaminreiche Diät
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie/Sprue	Glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung *) _____ (bitte eintragen)	_____ Kostform (bitte eintragen)
	hereditäre Fruktoseintoleranz	_____ Kostform (bitte eintragen)
	Histaminunverträglichkeit	_____ 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.