

Name und Vorname der kindergeldbeziehenden Person  
Kindergeld-Nr.         F   K



# Anlage zum Mehrbedarf bei kostenaufwändiger Ernährung mit ärztlicher Bescheinigung zur Vorlage bei der Familienkasse

 Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Nur einzureichen, wenn ein Mehrbedarf aufgrund kostenaufwändiger Ernährung geltend gemacht werden soll.

<b>1. Berücksichtigung eines Mehrbedarfs</b> <i>(Von der antragstellenden Person auszufüllen.)</i>
Ich habe bereits mit Antrag vom ..... einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.
Ich mache einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Absatz 5 SGB II geltend.
Als Nachweis lege ich die beigefügte Bescheinigung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.

<b>Hinweis zum Datenschutz:</b> Die Daten werden aufgrund und zum Zweck des Bundeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet auf der Seite Ihrer Familienkasse (zu finden unter <a href="http://www.familienkasse.de">www.familienkasse.de</a> ), auf der auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind.
Datum <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>
..... Unterschrift antragstellende Person bzw. gesetzliche Vertretung

<b>2. Angaben zur Person, die eine kostenaufwändige Ernährung benötigt</b> <i>(Vom Patienten selbst bzw. von dessen gesetzlicher Vertretung auszufüllen.)</i>	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße/Platz, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	
<b>Schweigepflichtentbindung:</b> 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.	
Datum <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	..... Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche Vertretung

**Bitte Punkt 3 von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.**



### 3. Ärztliche Bescheinigung für die unter Punkt 2 genannte Person

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen.)

#### Hinweise für die Ausstellung der Bescheinigung:

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

Es soll **nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändige 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)

angegebenen Erkrankungen (*siehe Erläuterungsblatt*),  
welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

**Zu Buchstabe a)** verzehrende (konsumierende) Krankheit

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 von Übergewicht).

**Zu Buchstabe d)** sonstige Erkrankung

Bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben:

- 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:

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden aufgrund und zum Zweck des Bundeskindergeldgesetzes und des Sozialgesetzbuches verarbeitet. Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet auf der Seite Ihrer Familienkasse (zu finden unter [www.familienkasse.de](http://www.familienkasse.de)), auf der auch die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten bereitgestellt sind.

Datum .....

Adresse, Telefonnummer der Praxis (ggf. Praxisstempel)

.....  
Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

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

<b>Buchstabe</b>	<b>Art der Erkrankung</b>	<b>Erläuterung</b>
a)	Krebs (bösartiger Tumor) HIV-Infektion / AIDS Multiple Sklerose Colitis ulcerosa Morbus Crohn Leberinsuffizienz	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit
<p>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 einen Arzt bestätigt werden.</p>		

<b>Buchstabe</b>	<b>Art der Erkrankung</b>	<b>Krankenkost</b>
b)	Niereninsuffizienz Mukoviszidose	Eiweißdefinierte Kost
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie / Sprue	Glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung *)	
	..... (Art der 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.