


Anlage MEB

Antrag auf Gewährung eines Mehrbedarfs für kostenaufwändigere Ernährung (zu Abschnitt 6 des Hauptantrages).

Füllen Sie bitte den Antragsvordruck in Druckbuchstaben aus.

| | |
|---|-----------------|
|  | Eingangsstempel |
|---|-----------------|

Die Antragsformulare und Ausfüllhinweise finden Sie auch im Internet unter www.jobcenter-blk.de unter der Rubrik "Downloads > Vordrucke > Weitere Anlagen".

Den Ausfüllhinweisen können Sie zur jeweiligen Nummer weitere Informationen entnehmen 5

1. Persönliche Daten

1.1 Meine persönlichen Daten

Nummer der Bedarfsgemeinschaft/Aktenzeichen

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

1.2. Daten der Person in meiner Bedarfsgemeinschaft, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen 10

Anrede Vorname

Familienname Geburtsdatum

2. Mehrbedarf wegen kostenaufwändigerer Ernährung 16

die unter Punkt 1.2 genannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Abs. 5 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend.

die unter Punkt 1.2 genannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändigere Ernährung nach § 21 Abs. 5 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) geltend gemacht.

Datum der Antragstellung:

- Bitte legen Sie als Nachweis den beigefügten Bescheinigungsvordruck, ausgefüllt von dem behandelnden Arzt, vor. Der Bescheinigungsvordruck wird zur Berechnung der Leistung verwendet und unter Beachtung des Datenschutzes in der Leistungsakte aufbewahrt.
- Anstelle des Bescheinigungsvordrucks ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes zulässig. Dieses muss die Erkrankung, die verordnete Kostform sowie den Zeitraum, für den diese verordnet wurde, enthalten.

Hinweis: Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden auf Grund 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.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben richtig sind. Soweit Belege darüber vorhanden sind, habe ich sie beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift
Antragstellerin/Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen
Vertreters minderjähriger
Antragstellerinnen/Antragsteller

Ärztliche Bescheinigung

Für Frau/Herrn
Geboren am:
Wohnhaft in:

Vor Übergabe an den Arzt
vom 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 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) des Erläuterungsblattes angegebene Erkrankung, welche mit nachfolgender Krankenkost behandelt werden muss.

Art der Krankenkost:

Auszufüllen bei **einer Erkrankung mit krankheitsassoziiertem Mangelernährung** - verzehrende/konsumierende Krankheit-**(Buchstabe a)**

Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sog. 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.

Phänotypische Kriterien:

- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten 6 Monate oder > 10 % über 6 Monate)
- Niedriger Body-Mass-Index (< 20, wenn < 70 Jahre oder < 22, wenn > 70 Jahre)
- Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)

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)
- Krankheitsschwere/Inflammation

Auszufüllen bei einer **sonstigen Erkrankung (Buchstabe e)**:

Art der Erkrankung:

Kostform der aufwändigeren Ernährung:

- ◆ 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:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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

| Buchstabe | Art der Erkrankung | Erläuterung |
|-----------|---|--|
| a) | Tumorerkrankungen Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) CED (Colitis ulcerosa/Morbus Crohn) Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen) Terminale und präterminale Niereninsuffizienz, insbesondere bei Dialyse Wundheilungsstörungen Lebererkrankungen (z.B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose) | Mehrbedarf aufgrund einer krankheitsassoziierten Mangelernährung |

Die aufgezählten Krankheiten führen nicht zwingend in einen Zustand der Mangelernährung. Die Diagnostik einer Mangelernährung erfolgt anhand der sog. 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.

Phänotypische Kriterien:

- ➔ Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 5 % innerhalb der letzten 6 Monate oder > 10 % über 6 Monate)
- ➔ Niedriger Body-Mass-Index (< 20, wenn < 70 Jahre oder < 22, wenn > 70 Jahre)
- ➔ Reduzierte Muskelmasse (gemessen mit validierten Messmethoden zur Bestimmung der Körperzusammensetzung)

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)
- ➔ Krankheitsschwere/Inflammation

Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

| Buchstabe | Art der Erkrankung | Erläuterung |
|-----------|---|---|
| b) | Mukoviszidose/zystische Fibrose | Erhöhter Energiebedarf, fettreiche und hochkalorische Kost; Einsatz von ONS |
| c) | Terminale Niereninsuffizienz mit Dialysebehandlung | Dialysediät |
| d) | Zöliakie/einheimische Sprue | Glutenfreie Kost |
| e) | Schluckstörung (nicht bei krankheitsassoziiierter Mangelernährung laut Buchstabe a) | Tatsächliche Kosten für notwendiges Andickpulver (diätisches Lebensmittel) |
| f) | <input type="text"/> Sonstige Erkrankung*) (bitte eintragen) | <input type="text"/> Kostform (bitte eintragen) |

*) Die vorstehenden 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.