

Antrag auf Gewährung/Weitergewährung eines Mehrbedarfs gem. § 30 Abs. 5 SGB XII**Von der Antragstellerin / vom Antragsteller auszufüllen:**

(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(Anschrift)

Ich beantrage die Gewährung/Weitergewährung eines Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) aufgrund meiner nachstehend angekreuzten Erkrankung(en):

Erkrankung

- Zöliakie
- Mukoviszidose
- Schluckstörungen
- terminale Niereninsuffizienz mit Dialysetherapie
- _____
(Bezeichnung der Erkrankung)

Diverse Erkrankungen können zu einer Mangelernährung führen. Das nachfolgend angekreuzte Krankheitsbild hat bei mir zu einer krankheitsassoziierten Mangelernährung geführt:

- Krankheitsassoziierte Mangelernährung** in Zusammenhang mit:
 - Tumorerkrankungen
 - Lebererkrankungen (z. B. alkoholische Steatohepatitis, Leberzirrhose)
 - Fortgeschrittene Leberzirrhose
 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
 - Fortgeschrittene Lungenerkrankung
 - terminale oder präterminale Niereninsuffizienz
 - ohne mit Dialyse
 - CED Morbus Crohn, Collitis Ulcerosa)
 - Schwere Herzinsuffizienz mit kardialer Kachexie
 - Wundheilungsstörungen
 - Neurologische Erkrankungen (auch Schluckstörungen)
 - _____
(Bezeichnung der Erkrankung)

Bei einer vorliegenden krankheitsassoziierten Mangelernährung sind zusätzlich folgende Daten anzugeben:

Größe _____ cm; Gewicht: _____ kg, Alter : _____ Jahre

Muskelmasse - falls bekannt -: _____

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust innerhalb der letzten 6 Monate _____ bzw. über einen längeren Zeitraum _____

Erläuterung der krankheitsbedingten kostenaufwändigeren Ernährung/Kostform:

Ich befinde mich seit dem _____ aufgrund der/den v. g. Erkrankung(en) in ärztlicher Behandlung und ermächtige meine behandelnden Ärzte/Ärztinnen, dem Träger der Sozialhilfe und dem Amtsarzt / der Amtsärztin die für die Entscheidung über meinen Antrag notwendigen Auskünfte zu erteilen.

_____, den, _____
Ort Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin