

**Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen (i. S. d. § 21 Abs. 5
SGB II) – BEFUNDBERICHT FÜR DEN ÄRZTLICHEN DIENST DER BUNDESAGENTUR FÜR
ARBEIT**

Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Kundennummer: _____

BGL-Nummer: _____

Liquidations-ID: _____

Patient/in befindet sich seit _____ regelmäßig gelegentlich nicht in meiner Behandlung

Letzte Behandlung am _____

Relevante Diagnose(n) in Bezug auf ernährungsbedingten Mehrbedarf:

Krankheitsverlauf (insbesondere bei Mangelernährung):

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg vom (Datum): _____

BMI: _____ kg/m²

Gewichtsverlauf (in den letzten 12 Monaten):

Medizinisch indizierte Ernährungsweise/Kostform:

Erfordert die Erkrankung eine über dem üblichen Bedarf liegende Energiezufuhr und/oder Proteinzufluss und/oder Fettzufluss?

Wenn ja, geben Sie bitte nach Möglichkeit ca. den individuellen Bedarf pro Tag an (in kcal/kg KG/Tag bzw. g/kg KG/Tag bzw. Energieprozent En%).

Ist es aufgrund der Erkrankung aus medizinischen Gründen erforderlich bestimmte Lebensmittel zu meiden und diese durch teurere Lebensmittel bzw. nicht verordnungsfähige diätetische Spezialprodukte (z.B. eiweißreduzierte Diätnahrung, phenylalaninfreie Fertigprodukte, etc.) zu ersetzen, um den individuellen Energie- und Nährstoffbedarf zu decken?

Wenn ja, um welche Lebensmittel/Spezialprodukte handelt es sich dabei?

Ist es aufgrund der Erkrankung medizinisch notwendig den individuellen Nährstoffbedarf zusätzlich durch nicht verordnungsfähige Nahrungsergänzungsmittel zu decken?

Wenn ja, um welche(s) Nahrungsergänzungsmittel, in welcher Dosierung, handelt es sich?

**Liegt aufgrund der Erkrankung eine Schluckstörung vor, welche eine Andickung von Getränken mit sog. Andickungspulvern medizinisch erforderlich macht?
Wenn ja, geben Sie bitte die monatlich benötigte Menge des Andickungspulvers, entsprechend der individuell benötigten Flüssigkeitszufuhr und Konsistenzstufe an.**

- Rückruf erbeten**
- Bitte senden Sie mir Ihr Gutachten / Ihre gutachterliche Äußerung zu**
(Eine Erklärung der Patientin / des Patienten über die Entbindung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit von der ärztlichen Schweigepflicht lege ich bei oder reiche ich nach)

Bitte fügen Sie diesem Befundbericht relevante medizinische Unterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, Laborbefunde, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Reha-Entlassungsberichte, Gutachten u. ä.) als Kopie bei, vielen Dank.

- Medizinische Unterlagen liegen in Kopie bei
- Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Arzt / Ärztin (Rechnungssteller)	Eingang ÄD
---	-------------------

An den
Ärztlichen Dienst der
Agentur für Arbeit

'Rechnungsnummer:	
Rechnungsdatum:	
Steuernummer/ Ust-Id-Nr.:	
'Liquidations-ID ÄD:	

Liquidation

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

Fotokopierkosten: 0,50 € für die ersten 50 Seiten	<input type="text"/> Seiten á 0,50 €	=	<input type="text"/> €
0,15 € für jede weitere Seite	<input type="text"/> Seiten á 0,15 €	=	<input type="text"/> €
Ausstellung des vollständigen Befundberichts und Übermittlung an den Ärztlichen Dienst:	32,50 €	=	€
Portokosten:		=	€
Gesamtsumme:		=	€

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber/in																										
IBAN:																										
D	E	1	2		3	4	5	6		7	8	9	10		11	12	13	14		15	16	17	18		19	20
BIC:																										
Bank/Sparkasse:																										

¹ Bitte geben Sie für die Bezahlung der Rechnung Ihre Rechnungs-Nummer und die vom Ärztlichen Dienst vergebene Liquidations-ID an.