

**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/m<sup>2</sup>

**Gewichtsverlauf (in den letzten 12 Monaten):**

**Medizinisch indizierte Ernährungsweise/Kostform:**

**Erfordert die Erkrankung eine über dem üblichen Bedarf liegende Energiezufuhr und/oder Proteinzufuhr und/oder Fettzufuhr?**

**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 Diätahrung, 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.**

**Wann und durch wen wurde ihre Patientin/ihr Patient bezüglich der medizinisch notwendigen, speziellen Ernährungsform geschult (Ernährungsberatung)?**

**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 bei

Medizinische Unterlagen können ggf. angefordert werden bei:

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift

An den  
Ärztlichen Dienst der  
Agentur für Arbeit

<sup>1</sup>Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_  
Rechnungsdatum: \_\_\_\_\_  
Steuernummer/  
Ust-Id-Nr.: \_\_\_\_\_  
<sup>1</sup>Liquidations-ID ÄD: \_\_\_\_\_

### Liquidation

Für meine Bemühungen erlaube ich mir zu berechnen:

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

Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_

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