

Ärztliche Bescheinigung

1. Nach meinen ärztlichen Befunden bedarf _____;
geb. am _____, wohnhaft _____
nach den Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft und nach der Besonderheit des Falles für längere Zeit (**mindestens jedoch für sechs Monate**) zur Genesung oder Besserung bzw. Linderung von Krankheits- oder Behinderungsfolgen oder um zu vermeiden, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert folgender Kostform(en) (zutreffendes ist angekreuzt):

Eiweißdefinierte Kost wegen

Niereninsuffizienz

Dialysediät wegen

Niereninsuffizienz, Hämodialyse behandelt

Glutenfreie Kost wegen

Zöliakie, Sprue

..... wegen

..... in Höhe von mtl. €

Eingehende Begründung der Notwendigkeit der Krankenkost und der damit verbundenen *Mehrkosten* (ggf. auf eigenem Blatt):

2. Die Krankenkost ist erforderlich für

6 Monate

12 Monate

___ Monate

___ Jahre

auf Dauer

3. Der Patient hat nach meinen ärztlichen Befunden in der Vergangenheit die gegebenen Ernährungsempfehlungen

befolgt.

nicht befolgt.

4. Sonstige ärztliche Feststellungen und Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes