

# Antrag auf Gewährung einer Krankenkostzulage nach den Bestimmungen des SGB XII



KREIS BERGSTRASSE  
DER KREISAUSSCHUSS

Kreis Bergstraße  
Der Kreisausschuss  
Soziales  
Graben 15  
64646 Heppenheim

**Ich/Wir** [Bei Minderjährigen ist der Antrag von den Eltern oder dem sorgeberechtigten Elternteil zu stellen / Bei Pflegepersonen Legitimation nach § 1688 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)]

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Wohnort
------	---------	--------------	---------

beantrage / n       erstmals  
                              wiederholt

die Gewährung einer Krankenkostzulage (Mehrbedarf für kostenaufwendige Ernährung). Als Begründung verweise/n ich/wir auf die nachfolgende Stellungnahme meines/r behandelnden Arztes/Ärztin.

**Hiermit entbinde ich den/die Arzt/Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem amtsärztlichen Gutachter. Dies beinhaltet sowohl eine telefonische Rücksprache als auch die Anforderung von ärztlichen Unterlagen und Fremdbefunden (z.B. Krankenhausbericht). Diese Einwilligung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters

**Ärztliche Stellungnahme zum Antrag auf Anerkennung eines Mehrbedarfs  
wegen kostenaufwendiger Ernährung (Krankenkostzulage)**

Herr/Frau/Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

**Größe** \_\_\_\_\_ **cm**

**Gewicht** \_\_\_\_\_ **kg**

bedarf einer mit deutlichen Mehrkosten verbundenen Ernährung wegen:

**Dialysepflichtige Niereninsuffizienz**

**Zöliakie/Sprue**

**wegen folgender schwerer Erkrankung mit erheblicher Beeinträchtigung des  
Allgemeinzustandes oder unter belastender Therapie:**

**Diagnose:**

---

---

---

**Derzeitige Therapie:**

**Krankheitsklassifizierende Angaben (z.B. relevante Laborwerte, Medikation,  
Erkrankungsjahr):**

**Krankenhausberichte/Behandlungsberichte sind beigelegt**

**werden nachgereicht**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift