



Zutreffendes  
bitte  
ankreuzen!



Weitere Informationen  
finden Sie in den  
Ausfüllhinweisen!

Die Ausfüllhinweise und weitere Anlagen finden Sie auch im Internet unter [www.stuttgart.de](http://www.stuttgart.de) oder [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de).

Jobcenter

# MEB

Bearbeitungsvermerke

Wird vom Jobcenter ausgefüllt.

## 1 Meine persönlichen Daten

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Aktenzeichen (falls vorhanden)	

## 2 Persönliche Daten der Person, auf die sich die Angaben dieser Anlage beziehen 9

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname
Familienname	Geburtsdatum

## 3 Mehrbedarf wegen kostenaufwändiger Ernährung 15

<input type="checkbox"/> Die obengenannte Person macht einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend.
<input type="checkbox"/> Die obengenannte Person hat bereits einen Mehrbedarf für eine kostenaufwändige Ernährung nach § 21 Abs. 5 SGB II geltend gemacht.
Datum der Antragstellung
<p>► Bitte legen Sie als Nachweis die <b>beigefügte Bescheinigung</b> der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes vor. Die Bescheinigung wird zur Berechnung der Leistung verwendet.</p> <p>► Anstelle dieser Bescheinigung können Sie auch ein <b>ärztliches Attest</b> vorlegen. Dieses muss die <b>Erkrankung</b> sowie die <b>verordnete Kostform</b> enthalten. Das Attest ist in einem verschlossenen Umschlag einzureichen. Es wird vom Ärztlichen Dienst des Leistungsträgers ausgewertet.</p>

Es wird ein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung anerkannt.

Bewilligungszeitraum (von - bis)

Höhe des Mehrbedarfs in Euro

Es wird kein Mehrbedarf für kostenaufwändige Ernährung anerkannt.

Begründung:

Wiedervorlage

Datum der Wiedervorlage

Grund der Wiedervorlage

Handzeichen, Datum

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe Merkblatt SGB II). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 bis 65 SGB I und der §§ 67a, b, c SGB X für die Leistungen nach dem SGB II erhoben.

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

**bei Betreuten:**

Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers
------------	---

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Jobcenters vorgenommenen Änderungen und Ergänzungen bei den Ziffern:

Ort, Datum	Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller
Ort, Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/ Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/ Antragsteller

## Ärztliche Bescheinigung

Vor Übergabe an die Ärztin/den Arzt von der Patientin/vom Patienten in Druckbuchstaben auszufüllen.

Zuname, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

### Schweigepflichtentbindung:

Ich entbinde die ausstellende Ärztin/den ausstellenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Erklärung ist freiwillig und bezieht sich ausschließlich auf die Angabe der bescheinigten Erkrankung.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Es wird empfohlen, für die Patientendokumentation eine Kopie anzufertigen.

### Hinweis für die Ausstellung der Bescheinigung

Es soll nur eine Krankheit bescheinigt werden, welche eine medizinisch notwendige, kostenaufwändigere Ernährung bedingt. Ist nur eine **Ernährungsumstellung** erforderlich, die der Patientin/dem Patienten **keine Mehrkosten** verursacht, ist eine **Bescheinigung nicht erforderlich!**

Es besteht eine der auf Seite 4 unter Buchstabe  a)  b)  c)  d) angegebene Erkrankung, welche mit der zugeordneten Krankenkost behandelt werden muss.

Bei einer verzehrenden (konsumierenden) Krankheit (Buchstabe a):

der BMI ist unter 18,5 gefallen und/oder

es ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5 % im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht).

Bei **sonstiger Erkrankung** (Buchstabe d) bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier angeben (diese Angaben werden in der Leistungsakte in einem verschlossenen Umschlag aufbewahrt):

Die Krankenkost ist für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ erforderlich und wird von mir ärztlich verordnet.

Begründung, wenn die Dauer für länger als sechs Monate angegeben wird:

Eine Nachuntersuchung ist  nicht erforderlich  erforderlich bis zum \_\_\_\_\_

Begründung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt

## Erläuterungsblatt zur ärztlichen Bescheinigung

(verbleibt bei der ausstellenden Ärztin/dem ausstellenden Arzt)

Buchstabe	Art der Erkrankung	Erläuterung
a)	Krebs (bösarter Tumor) HIV-Infektion/AIDS Multiple Sklerose Colitis ulcerosa/Morbus Crohn	Mehrbedarf aufgrund einer verzehrenden Krankheit

Bei den hier genannten verzehrenden (konsumierenden) Krankheiten kann ebenfalls ein Mehrbedarf vorliegen.

Fällt der BMI unter 18,5 und/oder ist ein schneller, krankheitsbedingter Gewichtsverlust von über 5 % im Vergleich zu den vorausgegangenen drei Monaten zu verzeichnen, kann von einem erhöhten Ernährungsbedarf ausgegangen werden (nicht bei willkürlicher Abnahme bei Übergewicht). Dies muss, ebenso wie das Vorliegen einer solchen Krankheit, durch eine Ärztin/einen Arzt bestätigt werden.

Buchstabe	Art der Erkrankung	Krankenkost
b)	Niereninsuffizienz	eiweißdefinierte Kost
c)	Niereninsuffizienz mit Hämodialysebehandlung	Dialysediät
	Zöliakie/Sprue	glutenfreie Kost
d)	Sonstige Erkrankung*) (bitte eintragen)	Kostform (bitte eintragen)

\*) Die vorstehende Aufzählung der Krankheiten ist nicht abschließend. Sollte eine weitere Krankheit im Einzelfall einen Mehrbedarf an Ernährung erfordern, tragen Sie bitte Art der Erkrankung und Kostform der aufwändigeren Ernährung hier für Ihre Patientendokumentation und auf der Ärztlichen Bescheinigung ein.