

Arztzeugnis für Diät

Krankheitskosten zu Überbrückungsleistungen

AHV-Nummer 756.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse, PLZ und Ort _____

Die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt bestätigt, dass oben genannte Person eine Diät einhalten muss.

- Bei folgenden Kostformen ist davon auszugehen, dass keine Mehrkosten entstehen:
Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 / Ernährung bei Allergien / Histamin- Intoleranz / Anorexia nervosa
/ Ernährung bei Rheuma / Adipositas / Cholesterinarme Ernährung / Kalium-, phosphor- und/oder
salzarme, energiereiche Ernährung / Lactose- und fructosearme Ernährung / gesunde Ernährung

Diagnose/n

Erläuterungen

- Ist die Diät lebensnotwendig? Ja Nein
- Sind mit der Diät Mehrkosten verbunden? Ja Nein

Bitte die Art der Mehrkosten detailliert auflühren

Die Diätkosten können nur dann berücksichtigt werden, wenn die Mehrkosten mittels detaillierter
Kostenaufstellung und Zahlungsquittungen eingereicht werden.

Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt
