

## Arztzeugnis für Diät

Vers-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt bestätigt, dass oben genannte Person eine Diät einhalten muss.  
➤ Hinweis: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 verursachen keine Diät-Mehrkosten.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_