

Ärztliches Zeugnis für Mehrkosten wegen einer lebensnotwendigen Diät

▶ Dieses Formular ist ausschliesslich für Bezügerinnen/Bezüger von Ergänzungsleistungen.				
AHV-Nummer	Name, Vorname PLZ, Ort			
Adresse				
Die folgenden Fragen sind von der behandelnd bestätigen: 1. Diagnose:	len Ärztin / dem k	pehandelnden Ai	zt zu beantworten	und zu
 Ist die Einhaltung der Diät medizinisch notwendig? Welche Auswirkungen hätte die Nichteinhaltung der Diät? 		□ja	□nein	
 Entstehen wegen der Diät Mehrkosten (z.B. Spezialnahrung)? Wenn ja, in welcher Form? 		□ja	□nein	
<u> </u>				
Bemerkungen				
<u> </u>				
Datum	Unters	chrift Ärztin/Arzt		