

## Arztzeugnis für Diät

AHV-Nummer 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 auflisten

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_