

[I - KE 21-3-13 - BSB 19-4 - Ausg. 2](°)

Anhang

D1) Antrag auf Kostenübernahme für Produkte für besondere Ernährung, die bei einer Gluten-/Gliadinallergie oder einer Allergie gegen Getreidemehl ohne Glutenallergie verwendet werden

<u>Angaben zum Leistungsempfänger</u>	
Name, Vorname:
Anschrift:
Geburtsdatum:
Nationalnummer:

Ich, der/die unterzeichnete Facharzt/Fachärztin, bestätige, dass der/die obengenannte Leistungsberechtigte an einer Gluten-/Gliadinallergie oder einer Allergie gegen Getreidemehl ohne Glutenallergie leidet, die den in Artikel 6 des KE 8-11-1998 genannten medizinischen Bedingungen entspricht.

In meiner Akte befinden sich entsprechende Belege.

Ich begleite den/die Betreffende/n, damit er/sie sich an eine geeignete Diät hält.

<u>Angaben zum Facharzt</u> (Ausfüllen oder Stempel anbringen)	
Name, Vorname:
LIKIV-Zulassungsnummer:
Datum:
Unterschrift:

(°) anwendbar ab dem 1.1.2013