

[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**

<b><u>Angaben zum Leistungsempfänger</u></b>	
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.

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

(°) anwendbar ab dem 1.1.2013