

[I - KE 1-5-06 - BSB 16-5 - Ausg. 3](°)

**Anhang**

**C4) Antrag auf eine Kostenbeteiligung für eine angepasste Ernährung im Rahmen der Zöliakie**

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

Genehmigung des Typs B3)

**MEDIZINISCHE DATEN**

Diagnose: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Ausführliche Beschreibung des klinischen Zustands des Leistungsempfängers:

.....

.....

.....

.....

.....

Ergebnisse histologischer und serologischer Untersuchungen:

.....

.....

.....

.....

.....

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

(°) anwendbar ab dem 1.6.2006.