



Bestätigung DIÄTEN

*Aus Liebe zum Menschen.*

## KRITERIEN FÜR ESSEN AUF RÄDERN

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ich nicht mobil bin und keine Möglichkeit habe, selber für die Zubereitung von warmen Mahlzeiten zu sorgen.
- ich keine Familienangehörigen habe, die mir eine warme Mahlzeit zubereiten können.
- ich keine Möglichkeit habe, selber einkaufen zu gehen oder ein Gasthaus aufzusuchen.
- das Selberkochen für mich eine gewisse Selbstgefährdung und unzumutbare Belastung darstellen würde.
- ich eine ärztliche Bestätigung\* vorlegen kann. (wenn andere Kriterien nicht zutreffen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

### Bestätigung für eine verordnete Diät (nur ausfüllen, wenn erforderlich)

Ich erkläre, dass ich folgende Diät ärztlich verordnet habe\*:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

\*Bestätigung des Arztes: (Befürwortung EAR, wenn keine anderen Kriterien zutreffen bzw. wenn Diät ärztlich verordnet wird – zutreffendes unten ankreuzen)

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

- Ich befürworte den Bezug von EAR auch dann, wenn die oben genannten Kriterien nicht zutreffen.
- Ich bestätige, dass die oben genannte Diät ärztlich verordnet wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes