

## **B.4.2.1.11 Toilettenstuhles (Spezialanfertigung)**

....., den .....

### **Verordnung eines Toilettenstuhles (Spezialanfertigung)**

**Medizinische Stellungnahme zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse**

### **Verordnung eines Toilettenstuhles (Spezialanfertigung)**

-----  
**\*Name, Vorname, geb. , PLZ Wohnort, Straße\***  
-----

\*Frau/Herr Name\* befindet sich in ständiger ambulanter Betreuung in unserer Spina bifida Spezialambulanz. Bei dem \*Mädchen/Jungen/Jugendlichen/Patienten besteht eine angeborene - in - komplette Querschnittslähmung.

Insbesondere besteht im Rahmen der Grunderkrankung eine neurogene Blasen- und Darmentleerungsstörung. Um eine Darmentleerung ausführen zu können, ist die Verordnung eines Toilettenstuhles mit folgenden besonderen Eigenschaften erforderlich: Der Toilettensitz muss ergonomisch geformt sein. Es muss ein Hygieneausschnitt im – vorderen- hinteren - Bereich des Aufsatzes zur Ausführung der Darmentleerung durch eine Hilfsperson vorhanden sein.

Wir stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift / Spina bifida Ambulanz