

B.4.2.1.3 Analtampons

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

Verordnung von Analtampons

Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der Krankenkasse

für:

aus

Frau/Herr Name* befindet sich in ständiger ambulanter Betreuung in unserer Spina bifida Spezialambulanz. Bei dem *Mädchen/Jungen/Jugendlichen/Erwachsenen* besteht eine angeborene Lähmung von Harnblase und Darm.

Es besteht eine Stuhlinkontinenz wegen permanenter Schließmuskelschwäche.

Dadurch entsteht ein unkontrollierter Verlust von kleineren und größeren Mengen Stuhl und Abgang von Darmgasen. Dies wiederum führt zu Hautreizungen und im schlimmsten Fall zu Dekubiti im Steiß- und Sitzbeinbereich. Außerdem entsteht eine deutliche abstoßende Geruchsbildung.

Durch die erkrankungsbedingte Lähmung des Enddarmes ist die Stuhlentleerung auch nach unterstützenden Maßnahmen immer unvollständig. Deshalb wird eine regelmäßige Versorgung mit Analtampons erforderlich. Die Tampons ersetzen einen Teil des durch die Lähmung funktionsuntüchtigen Afterschließmuskels. Mit Hilfe des Tampons kann die Ausscheidung von Stuhlgang jeweils für mehrere Stunden kontrolliert werden.

Dieses ist eine Voraussetzung für die Integration in den *Kindergarten/die Schule/den Beruf und in das tägliche Leben.

Die Verwendung von Analtampons ist deshalb aus ärztlichen Gründen auf Dauer erforderlich.

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

.....

Unterschrift / Spina bifida-Ambulanz