

B.4.2.1.4 Elektrischer Irrigator

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

Verordnung eines elektrisch betriebenen Irrigators zur Darmentleerung 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/Patienten* besteht eine angeborene Teil- Lähmung von Harnblase und Darm mit einer Stuhltransportstörung, ausgeprägter Stuhlverstopfung (Obstipation) sowie eine Lähmung der Schließmuskeln. Folgen sind der unkontrollierte Verlust von kleineren und größeren Mengen Stuhl (Überlaufstühle), sowie der Abgang von Darmgasen. Wesentliche Folgen sind Hautreizungen und im schlimmsten Fall auch Dekubiti im Steiß- und Sitzbeinbereich. Außerdem entsteht eine deutliche abstoßende Geruchsbildung. Durch die Inkontinenz werden Harnwegsinfektionen begünstigt. Eine Darmentleerung ist trotz manueller Ausräumung des Enddarmes und anderer Hilfsmittel (z.B. Klysmen) nicht ausreichend möglich. Zur Unterstützung der erkrankungsbedingt gestörten Stuhlentleerung ist ein elektrisch betriebener Irrigator erforderlich. Mit Hilfe des Gerätes 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 eines Irrigators ist deshalb aus ärztlichen Gründen auf Dauer erforderlich.

Wir stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

.....

Unterschrift / Spina bifida-Ambulanz