

B.4.2.1.7 Badewannenlifter

....., den

Verordnung eines Badewannenlifters

Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

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/Erwachsenen besteht eine angeborene

inkomplette/komplette Querschnittslähmung.

()Wegen der erkrankungsbedingten Inkontinenz für Stuhlgang und Urin kommt es zu häufiger / ständiger Hautreizung verbunden mit einer erheblichen Geruchsbelästigung. Daher ist ()tägliches () wöchentlich mehrfaches ()Baden im Liegen erforderlich. Duschen oder Baden im Sitzen gestattet keine ausreichende, hygienisch einwandfreie Reinigung, weil sonst die besonders durch die Inkontinenz belastete Genito-Analregion im Sitzen nicht im erforderlichen Umfang zugänglich ist. Außerdem fördert Baden die Durchblutung in der von der Querschnittslähmung betroffenen Region.

Wegen der Lähmungen kann eine Badewanne nicht ohne Fremdhilfe (hier: Pflegekräfte) benutzt werden. Dieses ist jedoch wegen des Körpergewichtes *des/der Patienten/Patientin* für die betreuenden Eltern und sonstigen Pflegepersonen nicht möglich / zumutbar.

Mit dem Hilfsmittel ist es *dem - der Patienten - Patientin* nahezu ohne Fremdhilfe möglich, sich vom Rollstuhl auf den Badelifter umzusetzen.

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

.....

Unterschrift / Spina bifida Ambulanz

EA