

B.4.2.2.3.2 Therapiedreirad / Therapiefahrrad

....., den

Verordnung eines Therapiedreirades

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 - Patienten besteht eine angeborene inkomplette - komplette Querschnittslähmung.

Auf Grund der bestehenden Lähmungen ist das Kind – Jugendliche - Patient - außergewöhnlich - gehbehindert und ständig auf Fremdhilfe angewiesen. Die möglichst vielseitige und intensive Förderung der Mobilität ist ein zentrales rehabilitatives Ziel, das mit einem Therapiedreirad wesentlich unterstützt wird.

Das Therapiedreirad dient der Unterstützung krankengymnastischer Behandlung sowie Förderung der Stütz- und Gleichgewichtsreaktion und der Bewegungskoordination und zur selbständigen Fortbewegung.

Durch die Benutzung des Dreirades wird die Hautdurchblutung in den gelähmten Bereichen gefördert, die Knochenfestigkeit gestärkt und die Gefahr einer vermehrten Knochenbrüchigkeit deutlich gemindert, der Stuhltransport bei Enddarmlähmung verbessert, einer Skoliosebildung entgegengewirkt, die Koordination geschult und eine weitere Atrophie der nicht paretischen Muskulatur verhindert.

Darüber hinaus trägt das Gerät dazu bei, einer zunehmenden Adipositas durch kontinuierliche, vermehrte Bewegung vorzubeugen sowie die Unabhängigkeit von Fremdhilfe und die Teilnahme am öffentlichen Leben zu verbessern.

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

.....

Unterschrift / Spina bifida Ambulanz