

#### **B.4.2.2.4.1 Zweitrollstuhl**

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

#### **Zweitrollstuhl**

#### **Ärztliche Bescheinigung zu Vorlage bei der Krankenkasse**

---

für: ..... geboren am:.....

aus: .....

---

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

( )Gehen ist nur im Nahbereich ( )mit großer Mühe ( )mit Hilfsmitteln möglich,

( )die der Patient nicht ohne umfangreiche Fremdhilfe anlegen kann. ( )Der Patient ist deshalb auch im Nahbereich ( )weitgehend rollstuhlabhängig.

( )Der bisher benutzte Rollstuhl ist wachstumsbedingt zu klein geworden ( )und durch intensive Nutzung weitgehend verschlissen.

( )Wegen krankheitsbedingter Zunahme der Gehbehinderung ist sowohl in der Schule wie auch im häuslichen Bereich ein Rollstuhl erforderlich. ( )Der tägliche Transport des bisher einzigen Rollstuhles zwischen Schule und zu Hause ist nicht möglich.

( ) Ebenfalls muss bei Reparaturen an dem vorhandenen Rollstuhl ein anderes Fahrzeug zur Überbrückung sofort zur Verfügung stehen.

.....  
Unterschrift / Spina bifida-Ambulanz