

### **B.4.2.2.4.3 Thermoschlupfsack**

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

#### **Verordnung eines Thermoschlupfsackes für Buggy - Rollstuhl**

#### **Medizinische Stellungnahme zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse**

-----  
**Name, Vorname, geb. , PLZ Wohnort, Straße**  
-----

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.

Folgen sind ausgedehnte Empfindungsstörungen und Durchblutungsstörungen (Sensibilitätsstörungen) im Bereich des Beckens und der Beine. Die Temperaturregulierung und Durchblutung ist in den gelähmten Körperbereichen gestört, so dass es bei niedrigen Außentemperaturen Erfrierungen drohen. Außerdem besteht eine neurogene Blasenlähmung in Verbindung mit wiederholt auftretenden Harnwegsinfektionen. Aus den genannten Gründen müssen die gelähmten Körperregionen krankheitsbedingt in besonderer Weise ständig gegen Aus- und Unterkühlung geschützt werden.

Deshalb ist die ständige Verwendung eines Thermoschlupfsackes aus medizinischen Gründen dringend angezeigt.

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

.....  
Unterschrift / Spina bifida Ambulanz