

## **B.4.2.2.6 Behindertengerechter Kindersitz für PKW**

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

### **Verordnung eines behindertengerechten Autokindersitzes Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der 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 - Erwachsenen besteht eine angeborene inkomplette - komplette Querschnittslähmung.

Wegen der instabilen Wirbelsäule und der daraus resultierenden Muskellähmungen benötigt das Kind eine individuell angepasste Sitzeinheit mit seitlichen Stützpelotten zur Oberkörperstabilisierung. Standard-Autokindersitze bieten diese Voraussetzungen nicht, um eine solche Stabilisierung zu erreichen, die wegen des Krankheitsbildes erforderlich ist.

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

Unterschrift  
Spina bifida Ambulanz