

B.4.2.2.7 Kassettenlift für PKW

....., den

Verordnung eines Autokassettenliftes

Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der Krankenkasse

Für_*Name, Vorname, geb.

Aus: , 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.

Zum Transport im PKW (Großraumfahrzeug) konnte der Patient - die Patientin bisher von den Eltern auf den Sitz gehoben werden. Wegen der altersbedingten - krankheitsbedingten Größen- und Gewichtszunahme, der operativen Versteifung der Wirbelsäule sowie der bestehenden Querschnittslähmung kann das Kind - der Jugendliche - der Erwachsene nur noch im Rollstuhl transportiert werden. Um einen Transport zu ermöglichen, ist eine geeignete Hebevorrichtung unumgänglich, da ein Heben durch die Eltern / Betreuungspersonen nicht mehr durchführbar ist.

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

Unterschrift

Spina bifida-Ambulanz