

### **B.4.2.3.7 Höhenverstellbares Waschbecken**

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

#### **Verordnung eines höhenverstellbaren Waschbeckens**

#### **Ärztliche 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.

Aufgrund der behinderungsbedingten körperlichen Einschränkungen – eine Aufrichtung im Rollstuhl ist nicht möglich. Ein normgerecht angebrachtes Waschbecken kann aus der Sitzhöhe des Rollstuhles nicht erreicht werden.

Um die eigenständige Verrichtung der täglichen Hygiene sicher zu stellen, besteht ( )wegen des weiter zu erwartenden Wachstums ( )die Notwendigkeit der Versorgung mit einem höhenverstellbaren Waschbecken.

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

.....  
Unterschrift / Spina bifida Ambulanz