

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

Verordnung einer medizinischen Fußpflege

Ärztliche Stellungnahme zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Name, Vorname, geb. , PLZ Wohnort, Straße

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bei Frau / - Herrn besteht eine angeborene in- -komplette Querschnittslähmung - eine Adipositas - eine erhebliche Einschränkung - der Handmotorik - der Beweglichkeit der Wirbelsäule.

Die oben genannte Patientin/ der oben genannter Patient befindet sich in ständiger ambulanter Betreuung in unserer Spina bifida Spezialambulanz.

Folge der Lähmung sind ausgedehnte Empfindungsstörungen (Sensibilitätsstörungen) und Durchblutungsstörungen mit Wundheilungsstörungen, sowie Fehlstellungen und Fehlbelastungen der Füße und Fußzehen mit Schädigungen der Haut und der Zehennägel. Deshalb besteht ein erhöhtes Risiko der Entwicklung von Dekubiti, Ulzerationen und Pilzkrankungen der Haut und der Fußnägel.

Es liegt somit analog wie beim diabetischen Fuß eine Neuropathie und Angiopathie vor. Vor allem zur Prophylaxe von Wunden eine medizinische Fußpflege ärztlich notwendig. Ohne diese Behandlung besteht das Risiko dass die Patienten unumkehrbare Folgeschäden der Füße, wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden.

Frau – Herr ist durch die oben beschriebenen Funktionsstörungen selbst nicht in der Lage, die notwendigen podologischen Maßnahmen auszuführen. Deshalb ist eine ständige podologische Behandlung aus medizinischen Gründen dringend angezeigt.

Wir hoffen auf eine Entscheidung im Sinne der/des Patientin - Patienten und stehen Ihnen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

.....
Unterschrift / Spina bifida-Ambulanz