

Fachärztliche Bescheinigung für das MOWOOT II System (zur Vorlage beim Kostenträger)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Die Patientin/ der Patient befindet sich seit _____ in meiner fachärztlichen Behandlung.

Die/ der Betroffene leidet unter einer **chronischen Obstipation** gemäß der ROM-III-Kriterien.

1. Aktuelle Medikation:

2. Die chronische Obstipation steht im Zusammenhang mit:

z.B.: Medikamentennebenwirkung (Opioid-Therapie etc.), neurogene Darmfunktionsstörung (Rückenmarkschädigung, MS, Parkinson-Krankheit, Spina bifida, Schlaganfall, etc.), Colons transitstörung, Tumorleiden.

3. Die Basis-Behandlung der chronischen Obstipation (z.B. ballaststoffreiche Ernährung, Anpassung der Trinkmenge, Steigerung der körperlichen Aktivität) kann nur eingeschränkt durchgeführt werden aufgrund:

- Bewegungseinschränkung durch _____
- Schluckstörung
- _____

4. Bisher wurden folgende Therapiemaßnahmen unter Beachtung bestehender Einschränkungen (siehe 3.) mit unzureichendem Erfolg durchgeführt:

- ballaststoffreiche Ernährung
- Anpassung der Trinkmenge
- Steigerung der körperlichen Aktivität
- zusätzliche Ballaststoffe
- Colonmassage (bitte Punkt 5. ausfüllen)
- Laxativa
- spezifische medikamentöse Therapie mit _____
- lokale rektale Entleerungshilfen
- digitale Stimulation
- Biofeedback / Elektrostimulation
- _____

5. Die Patientin/ der Patient spricht nachweislich auf die Colonmassage an. Deshalb ist die Therapie mit dem MOWOOT-II-System angezeigt.

Für eine erfolgversprechende Therapie wären mindestens ____ Colonmassagen pro Woche lebenslang / über einen Zeitraum von ____ Wochen ____ Monaten ____ Jahren erforderlich.

Manuelle Colonmassagen können nicht im erforderlichen Umfang in Anspruch genommen werden.

Begründung: _____

z.B.: praktisch über einen längeren Zeitraum nicht durchführbar, MOWOOT-Alternative ist wirtschaftlicher.

Es wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an folgenden Medikamenten / Abführhilfen schrittweise ab dem 2. Monat reduziert werden kann:

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift des Arztes/ Stempel