Name Arzt

Anschrift Klinik

**Betreff: Therapieschema der Klumpfuß-Therapie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bescheinige ich, dass es sich bei der Klumpfuß-Therapie um „Serientermine für eine Dauerbehandlung mit festem Therapieschema“ handelt.

Das Therapieschema der Klumpfuß-Therapie ist in der Regel wie folgt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lebenswoche/-jahr des Kindes** | **Therapieschema** | **Anzahl Kontrolltermine** |
| 1. Bis 6. Lebenswoche | Gipswechsel | Wöchentlich |
| 7. Lebenswoche | Achillessehnen Tenotomie | OP |
| 8. – 11. Lebenswoche | 3 Wochen Gips | Wöchentlich |
| 12. Lebenswoche bis 6. Monat | 23/7 h Abduktionsschiene | Alle 2 Monate |
| 6. Lebensmonat bis 4. Geburtstag | 12-14 h Abduktionsschiene zur Schlafenszeit | Alle 4 - 6 Monate |
| 4. – 18. Geburtstag | Schiene je nach Rezidiv-Neigung | Nach Bedarf |

Die genannten Kontrolltermine sind dringend medizinisch notwendig um eine Rezidiv-Neigung frühzeitig zu erkennen und damit das Risiko einer weiteren Operation zu reduzieren.

Unterschrift + Klinik-Stempel