

# ANMELDUNG ZUR STOMABERATUNG

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

## Gewünschte Dienstleistung

- Eintritt / Wiedereintritt
- Informations- / Aufklärungsgespräch
- Stomamarkierung
- Beurteilung und Versorgungswechsel
- Beratung bei Problemen
- Materialnachschub
- Stomarückverlegung

- Intermittierender Selbstkatheterismus (ISK)

Häufigkeit \_\_\_\_\_

Restharnprotokoll \_\_\_\_\_

- Bougieren der Harnröhre

Häufigkeit \_\_\_\_\_

Charriergrösse \_\_\_\_\_

Einführtiefe (cm) \_\_\_\_\_

- zuführender Schenkel ausspülen

- Anpassung Urinalkondom

Spülmenge (ml) \_\_\_\_\_

- Austrittsberatung Nephrostomie

Spülprodukt \_\_\_\_\_

- Anderes \_\_\_\_\_

- abführender Schenkel ausspülen

Spülmenge (ml) \_\_\_\_\_

Operationsdatum \_\_\_\_\_

Spülprodukt \_\_\_\_\_

## Operation

### Art der Stomaanlage

- Ileostoma

doppelläufig

endständig

definitiv

temporär

- Colostoma

doppelläufig

endständig

nach Hartmann

definitiv

temporär

- Urostoma

Ureterocutaneostomie

rechts

links

beidseits

## Bemerkungen

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt Stempel EAN Nr. ZSR Nr. \_\_\_\_\_

## Beilagen

- Sprechstundenbericht

- OP-Bericht

- ärztliche Einweisung

Lindenhofspital  
Stomaberatung | Tel. +41 79 847 61 79 | stomaberatung@lindenhofgruppe.ch

lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE