



Versorgungscheckliste Stomaversorgung

Patientenetikett

Allgemeine Informationen zur Person:

Name: _____ Hausarzt/behandelnder Arzt: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ amb. Pflegedienst usw.: _____
 PLZ, Ort, Straße: _____ Sozialdienst involviert: _____
 Telefon: _____

Stomaanlage (nicht auszufüllen, soweit aktuell im Rahmen des Überleitungsbogens dokumentiert)

Kolostomie (Darm-Abschnitt: _____) Ileostomie doppeläufig endständig
 Urostomie Welche: _____ Temporäre Anlage Permanentes Stoma

Status Stoma am _____:

Stoma:

rund oval _____ mm
 prominent in Hautniveau retrahiert Sonstiges: _____

Ausscheidung:

Darmstomata: flüssig breiig geformt
 Urostomata: klar mit Schleimbeimengungen
 Sonstiges _____

parastomale Umgebung/Haut: intakt

Besonderheiten/Komplikationen: (Wundversorgung Stoma/ Haut) u. a.:

Hautirritation/-rötung/-mazeration, Ursache: _____
 Hautkomplikation, welche _____ Allergie, auf was? _____
 Hautunebenheiten/Falten, Narben
 Hernie Prolaps Stenose

Begründung zusätzlicher Besuche, zu verwendender Materialien und sonstiger Hilfsmittel:

Anleitung, Schulung und Beratung zur Selbstversorgung:

Versorgungssituation Informationen zur Selbstversorgung:

Versorgungssituation:

Grundversorgung
 Versorgung mit zusätzlichem Bedarf bei:
 Hautkomplikationen Stomakomplikationen
 Radio-Chemotherapie Sonstiges: _____
 Begründung: _____

Anleitung (incl. Schulung und Beratung):

Anleitung, am _____ keine Anleitung, weil _____
 Anleitung zur Irrigation

Status der Selbstständigkeit:

sicher in der Durchführung der Versorgung sicher in der Durchführung mit Partner
 sicher in der Durchführung unter Anleitung benötigt noch Anleitung durch qualifizierten Nachsorger
 kann sich nicht selbst versorgen, weil _____
 benötigt ambulanten Pflegedienst; Kostenübernahme (KK/PK) bewilligt nicht gestellt abgelehnt

Information zu den Hilfsmitteln – Versorgungsintervall

Stomaversorgungs-System:

Hilfsmittelversorgung:

- wie nach Entlassung/bisher bedarfsgerechte Anpassung (Größe/Ausführung)
 Anpassung/Versorgungsumstellung auf Grund von:
 Hautkomplikationen Stomakomplikationen
 Radio-Chemotherapie Sonstiges: _____

Begründung: _____

Aktuelle Versorgung (nur nach Versorgungs-Änderungen zu bearbeiten):

- 1-teilig 2-teilig offen geschlossen
 plan Konvexität benötigt vorgefertigt individuell ausschneidbar

Versorgungsintervalle:

Basisplatte: jeden _____ Tag

Versorgungsbeutel (ein- und zweiteilig): jeden _____ Tag

Besonderheiten: _____

- Einsatz von HM-Zubehör: Paste Hautschutzring/-modellierstreifen Gürtel
 Pflegeartikel (Hautschutzcreme/Reinigungslotion/Pflasterentferner/Hautschutzfilm) Kompressen
 Sonstiges: _____

empfohlene Kontrolle/Folgebesuch:

Stomagröße: Datum _____

HM-Versorgung: individuell nach Bedarf des Betroffenen

auf Grund von o. g. Besonderheiten/Komplikationen: Datum: _____

Produktbeschreibung/Hilfsmittel-Angaben:

- wie bisher
 Änderung wie folgt:

bitte jeweils angeben: Hersteller/Artikelbezeichnung/Bestellnummer/Hilfsmittelpositionsnummer:

Basisplatte: _____

Beutelversorgung 1- oder 2-Teiler: _____

Zubehör: _____

Hautpflege: _____

Beratung nach Entlassung und bei individuellen Beratungsbedarf - Inhalte

Gesprächsinhalte:

Ja, Datum: _____ Nein, kein Bedarf, nicht möglich

Inhalte u. a.:

- Information zur Stomaanlage Information zu Hilfsmittel Verordnung ausgestellt
 Information über Stoma-Kontrollen und Kontaktperson Ernährungshinweise
 Information zur Prophylaxe von Komplikationen Information über Selbsthilfegruppen
 Information zur Selbstbeurteilung möglicher Stomakomplikationen
 Kolostoma –Information zur Irrigation Urostoma: Harnkontrollen/Prophylaxe u. a. von Harnwegsinfekten
 spezielle/individuelle Themen/Fragestellungen des Betroffenen: _____

Nach- Mitbetreuung, eingeleitete Maßnahmen

- Versorgungsänderung wurde mit verordnendem Arzt und KK/PK abgestimmt
 Hausarzt/ beh. Arzt wurde wegen Komplikationen eingeschaltet
 Versorgungsänderung wurde im Unternehmen koordiniert
 Versorgung wurde geliefert bestellt
 Andere: _____

Durchführung von Versorgungskontrollen:

Kontrolle im akut-poststationären Bereich (14 Tage) durchgeführt am:

_____ (Kontrolle 1)

_____ (Kontrolle 2)

Falls Abweichung von den vorgegebenen 2 Kontrollen, bitte Begründung:

Kontrolle im Versorgungsjahr durchgeführt am:

_____ (Kontrolle 1)

_____ (Kontrolle 2)

_____ (Kontrolle 3)

Falls Abweichung von den vorgegebenen 3 Kontrollen, bitte Begründung:

Daten des Leistungserbringers:

Dokumentation erstellt von:

Abteilung: _____

Pflegekraft: _____

Datum: _____

Handzeichen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers