



Überleitungsbogen - Stomaversorgung

Patientenetikett

Allgemeine Informationen zur Person:

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

Präoperative Phase:

Prae-Op ärztliche Aufklärung am: _____
 Prae-Op -Gespräch am: _____ Markierung der Stomaanlage am/Hz: _____
 Besonderheiten: _____

Information zur Stomaanlage:

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

Postoperative Phase:

Post.Op-Beobachtung/Versorgungswechsel-Zusammenfassung:

Status Stoma am _____ (hier am Entlassungstag oder zum Entlassungsgespräch):

Stoma:

rund oval _____ mm
 prominent in Hautniveau retrahiert Sonstiges: _____
 Stomaödem rückläufig Sonstiges: _____
 Fäden entfernt Fäden zu entfernen am _____
 Reiter//Splint entfernt Reiter/Splint zu entfernen am _____

Ausscheidung:

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

Heilungsverlauf : normal Besonderheiten: (Wundversorgung Stoma/ Haut)

Ggfs. verwendete Materialien und sonstige Hilfsmittel:

Entlassungsinformation – Gesprächsinhalte

Entlassungsgespräch:

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

Nachbetreuung des Patienten

Der/die Patient/in ist mit der nachstationären Versorgung durch den unterzeichnenden Leistungserbringer bzw. (z. B. bei großer räumlicher Entfernung) der Weitergabe seiner Daten an einen anderen Leistungserbringer einverstanden:

Unterschrift der/des Patienten/in

Klinikdaten

Überleitungsbogen erstellt von:

Abteilung/Station: _____

Pflegekraft: _____ Datum: _____ Handzeichen: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers