

Checkliste zur Stomaversorgung

Patientenetikett

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Hausarzt / behandelnder Arzt: _____

Nachsorger / ambulanter Pflegedienst usw.: _____

Sozialdienst involviert: _____

Stomaanlage:

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

- Kolostomie, Darm-Abschnitt: _____
- Ileostomie
 - doppelläufig
 - endständig
- Urostomie, welche: _____
- Temporäre Anlage
- Permanentes Stoma

Status

Stoma: _____

Status Stoma am _____

- rund / oval, _____ mm
- prominent
- in Hautniveau
- retrahiert

Sonstiges: _____

Ausscheidung:

Darmstomata: flüssig breiig geformt

Urinstomata: klar mit Schleimbeimengungen

Sonstiges: _____

Pastorale Umgebung / Haut:

intakt

Besondere 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:

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

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 ausscheidbar

Versorgungsintervalle:

Basisplatte: jeden ____ Tag

Versorgungsbeutel: jeden ____ Tag

Besonderheiten:

Einsatz von HM-Zubehör:

- Paste
 - Hautschutzring/-modellierstreifen
 - Gürtel
 - Pflegeartikel (Hautschutzcreme, Reinigungslotion, Pflasterentferner, Hautschutzfilm)
 - Kompressen
- Sonstiges:

Empfohlene Kontrolle/Folgebesuch:

- 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, Hilfsmittelpositionsnr.):

Basisplatte: _____

Beutelversorgung 1- oder 2-Teiler: _____

Zubehör: _____

Hautpflege: _____

Beratung nach Entlassung und bei individuellem Beratungsbedarf

Gespräch:

- 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:

Abteilung:

Pflegekraft:

Datum:

Handzeichen:

Dokumentation erstellt von

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers