

### 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