

Stoma-Dokumentation Reha

Patientenaufkleber

(bitte hier einfügen)

Angaben zum Stoma

Stomaart

- Colostoma Ileostoma Urostoma Uretherhautfistel
Splint ja nein
Sonstiges: _____

Stomaanlage postoperativ

- rechts links
 doppelläufig endständig temporär permanent
Reiter: locker unter Zug
Entfernung am: _____
Fäden ja nein
Entfernung am: _____ Hz.

Stomagröße

- Stoma, oval _____ mm (Länge) _____ mm (Breite)
 Stoma, rund _____ mm (Durchmesser)
 Hautniveau retrahiert prominent _____ mm (Höhe)

Ausscheidungen

Ausscheidungsmenge (24 h): _____
Ausscheidungsbeimengen: _____
Ausscheidungsbeurteilung (Farbe/ Geruch/ Konsistenz): _____

Stomakomplikationen

- Hernie Stoma in Falte/Sitzfalte Stenose
 an Knochenvorsprüngen in/ an Laparatomienaht Prolaps
Sonstiges: _____

Beurteilung der Haut- und Stomaumgebung bei Aufnahme

Stomaschleimhaut

- unauffällig Nekrose ödematös

Stomaumgebene Haut

- unauffällig Rötung Mazeration Pilzinfektion
Sonstiges: _____

Irrigation

Anordnung vom: _____

Arzt: _____

Aufklärungsgespräch mit _____ Hz.

Set erhalten am: _____ Hz.

Bisherige Diagnostik

Diagnose: _____

Akut KHS: _____

OP-Datum: _____

Operation: _____

Reha-Ziel

Therapie/Planung: _____

Beratung zu

- Ernährung Behindertenausweis
 Ilco Beruf/ Freizeit/ Reisen Infomaterial
Sonstiges: _____

Nachversorger/ Stomatherapeut

- vorhanden vermittelt

Name: _____

Firma: _____

Telefonnummer: _____

Stomaversorgungsprodukte

Bei Aufnahme:

- einteilig zweiteilig
 plan soft konvex konvex light konvex
 konkav

Zubehör:

Versorgungsumstellung am:

Grund:

Artikelname/-nummer:

- einteilig zweiteilig
 plan soft konvex konvex light konvex
 konkav

Zubehör:

Weitere Versorgungsumstellung am:

Grund:

Artikelname/-nummer:

- einteilig zweiteilig
 plan soft konvex konvex light konvex
 konkav

Zubehör:

Monatliche Versorgung des Stomas

Monatsname:

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
Beutelwechsel/Pflege																															
Plattenwechsel/Pflege																															
Anleitung Irrigation																															
Handzeichen																															

Bitte entsprechend eintragen: **s** = selbstständig **ts** = teilweise selbstständig **suA** = selbstständig unter Aufsicht **smK** = selbstständig mit Kontrolle

Folgemonat:

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.
Beutelwechsel/Pflege																															
Plattenwechsel/Pflege																															
Anleitung Irrigation																															
Handzeichen																															

Anleitung Angehörige

Name	Datum	Handzeichen

Foto-Dokumentation

Einverständnis des Patienten zur Foto-Dokumentation liegt vor

ja nein