



PROLIFE

STOMAPASS



Name des Trägers **Name of ostomy user:**

Geburtsdatum **Date of birth:**

Adresse des Trägers **Address:**

Art des Stomas **Type of stoma:**

☐ Colostoma

☐ Ileostoma

☐ Doppell. Endst.

☐ Urostoma

☐ Splinte

☐ Permanent

☐ Rechts

☐ Links

☐ Wechselintervall

Datum der Stomaanlage

Date of stoma creation:

Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes **Name and phone number of treating doctor**

Medizinische Hinweise
(z. B. Pflegehinweise oder Komplikationen)
Medical advices:

Wichtige Medikamente
Important medicine:

Krankenhaus **Hospital:**

Angaben zur Stomaversorgung

(Verwendete Stomabeutel, Hersteller, Größe und Art des Systems)

Information about ostomy care

(stoma bags used, manufacturer, size and type of system:

Irrigation

☐ ja **yes**

☐ nein **no**

Versorgung **Supply**

☐ 1-teilig **1 piece**

☐ 2-teilig **2 parts**

Spezielle Bedürfnisse/Hinweise

(z.B. allergische Reaktionen auf bestimmte Materialien)

Special needs/notes (e. g. allergic reactions to certain materials):



Kontaktdaten im Notfall

(z. B. Familienmitglied oder Pflegekraft)

Contact details in an emergency

(e. g. family member or carer)



.....



.....



.....



.....

PROLIFE Kontakt Contact:



.....



.....

PROLIFE
STOMA
DIE BESTE VERSORGUNG



www.prolife.de/stoma