

## Anmeldung Stomaberatung

Chirurgische Klinik | Wundberatung | T +41 55 418 54 55 | [wundberatung@einsiedeln.ameos.ch](mailto:wundberatung@einsiedeln.ameos.ch)

### Zuweiser

Name/Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Patient/Patientin

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Aufenthalt**                      ambulant                      stationär

### Operation/Datum

\_\_\_\_\_

### Diagnosen (ICD-10)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Stomatyp

Kolostomie	temporär	Doppelläufig
Ileostomie	definitiv	Endständig
Urostomie	palliativ	
Fistel	Anderes	

\_\_\_\_\_

### Fäden entfernt am

\_\_\_\_\_

**Reiter**                      Ja                      Entfernt                      Nein

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_