



# Stoma-Pass

Liebe Patientin, lieber Patient.

Der vorliegende Stomapass ermöglicht es Ihnen und dem betreuenden pflegerischen und medizinischen Fachpersonal, jederzeit alle wichtigen Informationen zu Ihrer Stoma-Anlage und Ihrer Stomaversorgung zur Verfügung zu haben. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, Ihren Therapeuten darüber. Ergänzen Sie gemeinsam die noch fehlenden Informationen und lassen Sie sie bestätigen.

Beachten Sie: Für Ihre Reise ins Ausland wird Ihnen das Travel-Certificate nützliche und diskrete Dienste erweisen und für Verständnis und Vertrauen sorgen, um ein leichtes und selbstbestimmtes Leben zu führen.

Ihre FORLIFE Berlin

# Inhalt

- 4** Persönliche Angaben
- 5** In Notfällen zu benachrichtigen
  
- 5** Stomatherapeut/-in
- 6** Behandelnder Arzt/Ärztin
- 7** Stoma-Anlage
- 8** Besonderheiten, Komplikationen,  
Produktumstellung
- 10** Persönliche Versorgungsprodukte
  
- 12** Termine
- 14** Selbsthilfegruppen
- 15** Informationen zu FORLIFE Berlin

Ihr persönliches Reise-Zertifikat  
finden Sie am Ende der Broschüre.

## Persönlichen Angaben

Name/Vorname

---

Geburtsdatum

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

Krankenkasse

---

Versicherungsnummer

---

Zuzahlungsbefreit  Ja  Nein

---

## In Notfällen zu benachrichtigen

Name/Vorname

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

## Stomatherapeut/-in

Name

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

## Vertretung

Name

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

## Behandelnder Arzt

Titel/Name

---

Fachrichtung/Hausarzt

---

Straße/Hausnummer

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Fax

---

E-Mail

---

Internet

---

## Stoma-Anlage

Colostoma (Dickdarmausgang)  Doppelläufige Anlage

Ileostoma (Dünndarmausgang)  Doppelläufige Anlage

Urostoma (Blasenausgang)

Operationsdatum

Oval (mm)

Rund (mm)

Durchmesser

Klinik

Abteilung/Arzt

Irrigation seit

## Besonderheiten, Komplikationen, Produktumstellung

Grund/Ursache

---

---

---

Grund/Ursache

---

---

---

Grund/Ursache

---

---

---

Grund/Ursache

---

---

---

Grund/Ursache

---

---

---







**Artikel-Nr. oder PZN****Packungsinhalt/Stück**

## Termine

### Stomatherapeut/-in

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

### Arzttermine

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

Datum

---

## ... weitere Termine

Selbsthilfegruppentreffen  
Produktlieferungen

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

---

Datum

---

## Selbsthilfegruppen

### Deutsche ILCO e.V.

Thomas-Mann-Straße 40, D-53111 Bonn

Telefon 0228-338 894-50

Fax 0228-338 894-75

E-Mail [info@ilco.de](mailto:info@ilco.de)

[www.ilco.de](http://www.ilco.de)

### – DCCV – e.V.

Deutsche Morbus Crohn

Colitis ulcerosa Vereinigung

Reinhardtstraße 18, D-10117 Berlin

Telefon 030-2000 392-0

Fax 030-2000 392-87

E-Mail [info@dccv.de](mailto:info@dccv.de)

[www.dccv.de](http://www.dccv.de)

### Selbsthilfe für Stomaträger

– Stomawelt –

Telefon 0800-200 320 105

E-Mail [fragen@stoma-welt.de](mailto:fragen@stoma-welt.de)

[www.stoma-welt.de](http://www.stoma-welt.de)

### Notizen

---

---

---

---

## Über uns – FORLIFE Berlin

Unsere Medizinprodukte und Dienstleistungen machen uns zu einem zuverlässigen Partner, wenn es darum geht, Ihr Wohlbefinden und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Dafür arbeiten wir nicht nur mit Ihnen eng zusammen, sondern auch mit Ihren Angehörigen und dem Pflegepersonal. Wir sind für Sie da. Auch bei sehr komplizierten Versorgungsfällen. Examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Zusatzausbildungen in der Stomaversorgung stehen Ihnen mit allen notwendigen Informationen zur Seite. Wir beraten Sie in allen Versorgungsfragen und liefern Ihnen Ihre persönlichen Stomaversorgungsprodukte frei Haus.

Wir beraten Sie gern.

# TRAVEL CERTIFICATE

Block capitals please. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

**NAME/SURNAME** Name/Vorname

---

---

**ADDRESS** Adresse

---

---

**PASSPORT NO.** Ausweisnummer

---

---

**SIGNATURE/DATE** Unterschrift/Datum

---

---

**NAME OF DOCTOR** Name des Arztes

---

---

**ADDRESS** Adresse

---

---

**SIGNATURE/DATE** Unterschrift/Datum/Stempel





## To inform in case of emergency.

NAME

ADDRESS

TELEPHONE

TELEPHONE (2)

E-MAIL

Für Auslandsreisen sollten Sie das internationale Reisezertifikat mit sich führen. Tragen Sie Ihre Angaben ein und lassen Sie diese von Ihrem Hausarzt beglaubigen.

## **DE Zur Beachtung**

Mit diesem Stomapass wird bestätigt, dass der Inhaber eine Operation an Darm und/oder Harnsystem hatte, welche es für ihn erforderlich macht, zum sichern Auffangen von Körperausscheidungen entsprechende medizinische Hilfsmittel (Beutel) am Unterleib zu tragen. Sollte eine Sicherheitskontrolle eine Untersuchung des Beutels erforderlich machen, so ist diese in Gegenwart eines qualifizierten Arztes oder Pflegekraft durchzuführen. Dieses ist zur Sicherstellung eines einwandfreien Anbringens der Versorgung notwendig. Ein nicht korrektes Anbringen der Versorgung kann eine für den Betroffenen nicht zumutbare Undichtigkeit und Hautschäden nach sich ziehen. Es ist auch möglich, dass der (die) Inhaber(in) dieser Bescheinigung außer seinem (ihrem) Hauptgepäck eine Notversorgungspackung bei sich hat, die aus Ersatzbeuteln, Verbandmaterial und dergleichen besteht. Dieser Notvorrat muss unbedingt unversehrt bleiben und darf nicht verlegt werden.

## **EN To whom it may concern**

This stoma pass confirms that the holder has undergone surgery of the intestines and/or urinary system which requires them to wear corresponding medical aids (bags) on their lower body to ensure that bodily excretions are collected safely. Should any examination of this bag be necessary for security reasons, this must be performed in the presence of a qualified nurse or doctor. This is essential to ensure that the bag is attached correctly. If the bag is not attached correctly, the patient may suffer intolerable leakage and skin damage. The owner of this certificate may also be carrying an emergency supply pack consisting of spare bags, surgical dressings, etc. in addition to his/her main luggage. It is essential that these emergency supplies remain intact and are not mislaid.

## **ES A quien pueda interesar**

Mediante este Stoma Pass certifi camos que su titular ha sido sometido a una operación en el intestino y/o en el aparato urinario, lo que hace necesario que porte una prótesis médica (bolsa) en el abdomen para recoger las excrecciones corporales. Si en el marco de un control de seguridad fuera necesaria una inspección de la bolsa, ésta deberá llevarse a cabo en presencia de un médico o sanitario cualifi cado. El motivo es garantizar una correcta colocación de la prótesis. Una colocación incorrecta puede hacer que se produzcan fi ltraciones y que se deriven daños en la piel del portador. El titular del presente certifi cado podría portar también una provisión de emergencia compuesta por bolsas de repuesto, vendajes, etc., además de su equipaje personal y es esencial que tales provisiones de emergencia permanezcan intactas y no se pierdan.

## **FR A qui de droit**

Ce carnet de suivi post-stomie atteste que son détenteur a subi une opération de l'intestin et/ou du système urinaire rendant nécessaire le port de l'appareil médical correspondant (poche) sur l'abdomen afin d'assurer le captage des excré-tions corporelles. Si un contrôle de sécurité devait rendre une vérifi cation de la poche nécessaire, cette dernière devra être effectuée en présence d'un médecin qualifi é ou d'un aide-soignant. Cette mesure est indispensable afin de garantir une mise en place irréprochable de l'appareil d'assistance. Une mise en place incorrecte de l'appareil d'assistance peut provoquer un défaut d'étanchéité insupportable pour le patient ainsi que des lésions cutanées. Il se peut également que le porteur de ce certifi cat ait emporté du matériel de secours, comme par exemple des poches de rechange, des pansements, etc., en plus de ses bagages, et il est vital que ce matériel de secours reste intact et ne soit pas égaré.



## **For Life**

Produktions- und Vertriebsgesellschaft  
für Heil- und Hilfsmittel mbH  
Wendenschloßstraße 142

D-12557 Berlin  
Germany

[mail@forlife-produkte.de](mailto:mail@forlife-produkte.de)  
[www.forlife.info](http://www.forlife.info)

Hotline: 0800 - 872 24 36  
(gebührenfrei)