

**Dauerrezept Stomaversorgung**

**Rezeptierende Stelle**

Stempel / Unterschrift

Institution:

Name:

Datum:

Gültigkeit: Monate

**Personalien**

Anrede	
Vorname Name	
Strasse Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versicherungs-Nr.	

**Stomaart**

- |                                    |                                     |                                   |                                    |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
| <input type="checkbox"/> Unfall    | <input type="checkbox"/> Ileostomie | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
| <input type="checkbox"/> IV        | <input type="checkbox"/> Fistel     | <input type="checkbox"/> temporär | <input type="checkbox"/> definitiv |
|                                    | <input type="checkbox"/> Urostomie  |                                   |                                    |

Artikel-Nr.	Produkt	Menge

- Zuschnitt auf (mm)   Zuschnitt nach Schablone

**Bemerkungen**