



Anmeldung zur Stoma-Beratung

Senden an: herisau.stoma@svar.ch

Patient

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

PLZ / Ort: _____

Mobil: _____

ambulant stationär

Dringlichkeit

Notfall innert 5 Tagen innert 1 Monat elektiv

Terminwunsch: _____

Beratung

Stoma Inkontinenz Irrigation

Stoma-Art

Ileostoma Urostoma Colostoma

Operationsdatum: _____

Präoperative Stoma-Markierung Ja Nein

Medikamente

Diagnosen

Problematik der Stoma-Behandlung

Datum

Arzt / Stempel / Tel.

Visum
