

Skema til ansøgning om stomiprodukter

På vegne af nedenstående borger ansøger Stomiklinikken om, at kommunen behandler nedenstående problemstilling.

Personlige oplysninger på patienten

Navn:

Cpr. nummer:

Adresse:

Postnummer og by:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Samtykke

Patienten er indforstået med, at stomiklinikken sender en ansøgning til kommunen på vegne af patienten:

Patienten er indforstået med, at kommunen må indhente yderligere helbredsmæssige oplysninger hos andre sundhedsmyndigheder eller internt i kommunale forvaltninger, hvis det har betydning for behandlingen af ansøgningen:

Patienten ønsker ikke at give kommunen samtykke til at indhente yderligere oplysninger, og patienten er indforstået med, at ansøgningen dermed behandles på grundlag af de foreliggende oplysninger:

Oplysninger om stomien

Stomien er permanent:

Dato for operation:

Diagnose:

Type: Kolostomi, urostomi eller ileostomi:

Er der komplikationer:

Er der hudproblemer:

Er der et brok:

Andet:

Produktvalg

Patienten er informeret om følgende betingelser:

At stomiklinikken alene afprøver og anbefaler produkttyper og forbrug
At det er kommunen, der træffer afgørelse om produkttype og forbrug
At kommunen yder støtte til de bedste egnede og billigste produkter
At produkttype og forbrug vurderes løbende og tilpasses efter behov

Oplysninger om stomiposer, -plader samt tilbehør

Standardprodukter (grønne), som er afprøvet med god effekt

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Særlige produkter (røde), som er afprøvet med god effekt

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Produkt navn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:

Beskriv årsagen til behovet for særlige produkter (røde):

Frit leverandørvalg

Ønsker patienten at benytte kommunes leverandør af stomiprodukter:

Er patienten indforstået med, at kommunen videresender oplysninger om produkter, navn og cpr til leverandøren

Oplysninger om Stomiklinikken

Ansøgningsdato:

Navn:

Enhed:

Mail:

Tlf. til ambulatoriet:

Tlf.-tid ambulatoriet:

Skema til ansøgning om ændring af stomiprodukter

På vegne af nedenstående borger ansøger stomiklinikken om, at kommunen behandler nedenstående problemstilling.

Personlige oplysninger på patienten

Navn:

Cpr. nummer:

Dato for opfølgning/kontrol i stomiklinikken:

Samtykke

Patienten er indforstået med, at stomiklinikken sender en ansøgning til kommunen på vegne af patienten:

Patienten er indforstået med, at kommunen må indhente yderligere helbredsmæssige oplysninger hos andre sundhedsmyndigheder eller internt i kommunale forvaltninger, hvis det har betydning for behandlingen af ansøgningen:

Patienten ønsker ikke at give kommunen samtykke til at indhente yderligere oplysninger, og patienten er indforstået med, at ansøgningen dermed behandles på grundlag af de foreliggende oplysninger:

Arsager til ændringer

Ændring af kropsform:

Hudproblemer:

Lækage:

Andet – beskriv:

Produktændringer

	Nuværende produkt(er):	Ændres til
Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:		
Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:		
Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:		
Produktnavn, varenummer og forbrugsantal pr. mdr.:		

Oplysninger om stomiklinikken

Ansøgningsdato:

Navn:

Enhed:

Mail:

Tlf. til ambulatoriet:

Tlf.-tid ambulatoriet: