



Name:

Name - Arzt:

Adresse:

Adresse - Arzt/ Krankenhaus:

Reisepass/ ID:

Unterschrift & Datum:

Unterschrift & Datum - Arzt:

---

PERSÖNLICH

MEDIZINISCH

---

---

# ÄRZTLICHER BESCHIED



Der Besitzer dieser Karte trägt eine Kontinenzhilfe für eines oder mehrere der folgenden chirurgisch angelegten Stomata: Kolostomie, Ileostomie oder Urostomie.

Aufgrund einer Erkrankung wurde eine künstliche Öffnung, Stoma genannt, geschaffen, durch die nun Ausscheidungen fließen. Diese werden mit Hilfe eines Stomabeutels am Bauch aufgefangen. Dieser ist für den Halter unverzichtbar und darf unter keinen Umständen entfernt werden, da dies zu physischen und psychischen Schäden führen kann. Eine Leckage würde zu erheblichen Unannehmlichkeiten für den Träger sowie der Öffentlichkeit führen.

Außerdem kann es die Verwendung eines Stomagürtels zur Unterstützung erfordern, welcher Metallteile enthalten kann. Zusätzliches Zubehör wie z.B. weitere Stomabeutel, Reinigungsmaterial und Erste-Hilfe-Artikel kann vom Träger für eventuelle Notfälle und Beutelwechsel mitgeführt werden. Daher ist es ebenso wichtig, dass diese Gegenstände dem Inhaber dieser Karte nicht abgenommen werden. Die Notwendigkeit dieser Anforderung wird vom Arzt des Besitzers bestätigt. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

---