



MEIN ISK-PASS

Inhaltsverzeichnis

INHALT

Seite

Persönliche Angaben	6
Ansprechpartner in Notfällen	7
Mein/e Facharzt/-ärztin Mein/e Urotherapeut/-in	8
Meine ISK-Versorgung	9
Versorgungsmaterialien	10
Versorgungsumstellung	11
Reisebescheinigung	12

Liebe ISK-Patientin, lieber ISK-Patient,

in diesem Pass finden Sie alle Daten über
Ihre medizinischen Versorgungsartikel.

Der ISK-Pass ist daher eine wichtige
Informationsquelle für Sie persönlich und
auch für die medizinischen Fachkräfte,
die Sie betreuen.



Nützliche Adressen

GESELLSCHAFTEN

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Telefon: (+49 5 61) 78 06 04

Hotline: (+49 18 05) 2 33 44 0

E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) e.V.

Telefon: (+49 5 11) 9 68 34-0

E-Mail: dmsg@dmsg.de

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie e.V. (DMGP)

Telefon: (+49 9 21) 400 4670

E-Mail: andreas.berghammer@klinikum-bayreuth.de

Fachgesellschaft Stoma Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW)

Telefon: (+49 25 92) 97 31 41

E-Mail: info@fgskw.org

Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus (ASbH) e.V.

Telefon: (+49 2 31) 86 10 50-0

E-Mail: asbh@asbh.de

SELBSTHILFEGRUPPEN

Selbsthilfebund Blasenkrebs

Telefon: +49 228 33889 152

E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de

ICA-Deutschland e.V.

Förderverein Interstitielle Cystitis

Telefon: +49 163 908 44 93

E-Mail: info@ica-ev.de

Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

kontakt@inkontinenz-selbsthilfe.com

International Continence Society

Telefon: +44 117 9444881

E-Mail: info@ics.org



Bitte tragen Sie Ihren ISK-Pass
immer bei sich!



Persönliche Angaben

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Personal-
ausweis-ID/
Reisepass-Nr. _____

ANSPRECHPARTNER IN NOTFÄLLEN

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____



Persönliche Angaben

MEIN/E FACHARZT/ -ÄRZTIN

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon/Fax _____

Klinik-/Praxisstempel

MEIN/E UROTHERAPEUT/IN

Vorname _____

Name _____

Telefon/Fax _____

MEINE ISK-VERSORGUNG

Bitte ankreuzen:

- ☐ Intermittierender Selbstkatheterismus (ISK)
- ☐ Intermittierender Fremdkatheterismus (IFK)
- ☐ Pouch
- ☐ Neoblase

Anzahl der Katheterisierungen pro Tag

MEIN POUCH/MEINE NEOBLASE

Datum der Operation _____

Klinik und Ansprechpartner _____

Besonderheiten _____



Versorgungsmaterialien

Damit Sie jederzeit einen Überblick haben, werden hier die Daten Ihrer Versorgung(en) eingetragen.

Stand/Datum _____

VERSORGUNG BEI DER ENTLASSUNG

Hersteller _____

Produktname _____

CH _____

Länge _____

Artikel-Nr. _____

Zubehör (Urinbeutel, Händedesinfektionsmittel,
Schleimhautdesinfektionsmittel, Kompressen)



Versorgungsumstellung

Nachstehend können Sie Änderungen bei einer Umstellung Ihrer Versorgung eintragen.

Umstellungsgrund _____

Datum _____

Neuer Hersteller _____

Produktname _____

CH _____

Länge _____

Artikel-Nr. _____

Zubehör (Urinbeutel, Händedesinfektionsmittel,
Schleimhautdesinfektionsmittel, Kompressen)



Reisebescheinigung

Die mehrsprachige internationale Reisebescheinigung bestätigt bei Kontrollen auf Auslandsreisen, dass Ihre mitgeführten Medizinprodukte zur ISK-Versorgung notwendig sind.

MOBILITÄT –

INTERMITTIERENDER KATHETERISMUS UNTERWEGS

Sie können auch weiterhin Ihrer Reiselust nachkommen. Wenn Sie eine längere Reise geplant haben, bei der viel Material benötigt wird, besteht in den meisten Hotels die Möglichkeit, dieses Material vorab per Post in das Hotel zu senden.

Eine ausreichende Versorgung für mindestens eine Woche können Sie bei Flugreisen ohne Probleme im Handgepäck mitnehmen. Denken Sie ggf. auch daran, den Reiseveranstalter und die Fluggesellschaft über Ihre Einschränkung zu informieren. Außerdem ist es wichtig, dass Sie Ihren ISK-Pass immer bei sich tragen.

Für die Zollkontrolle gibt es auf der letzten Seite ein sogenanntes Travel-Zertifikat, welches vom Arzt gegengezeichnet wird und die Betroffenen als ISK-Patient ausweist. Es begründet zudem die Mitnahme von Versorgungsmaterialien im Handgepäck.

de An alle, die es angeht

Es wird hiermit bestätigt, dass die in dieser Bescheinigung genannte Person Blasenentleerungsstörungen hat, welche es erforderlich machen, dass sie zum Entleeren der Blase und Ableiten von Urin den Intermittierenden Selbstkatheterismus durchführt. Dafür werden Einmalkatheter und Zubehörartikel benötigt.

Die Versorgungsmaterialien im Handgepäck dürfen dem (der) Inhaber(in) dieser Bescheinigung nicht entwendet werden und müssen unbedingt unversehrt bleiben.

en To All Whom It May Concern

It is hereby affirmed that the person named herein has a micturition disorder that necessitates intermittent self-catheterization to void the bladder and evacuate urine. This procedure requires disposable catheters and accessories.

Do not confiscate or open the supplies in the carry-on luggage belonging to the person named herein.

fr À toutes les personnes concernées

Par la présente, nous confirmons que la personne citée dans l'attestation souffre de troubles sphinctériens qui rendent nécessaire un auto-sondage afin de permettre la vidange de la vessie et l'évacuation de l'urine. Pour cela, la personne a besoin d'un cathéter à usage unique et des accessoires correspondants.

Le matériel de soin présent dans les bagages à main ne peuvent être pris au détenteur/à la détentrice de la présente attestation et doivent impérativement rester intacts.

es A quien pueda concernir

Por la presente se certifica que la persona designada en este certificado tiene problemas de vaciado de la vejiga que requieren que realice un autocateterismo intermitente para vaciar la vejiga y drenar la orina. Para ello se necesitan catéteres y accesorios desechables.

Al titular de este certificado no se le deben sustraer los materiales del equipaje de mano y dichos materiales deben permanecer intactos.

ms Kepada semua yang berkenaan

Adalah disahkan bahawa terdapat gangguan kencing oleh individu yang disebut dalam sijil ini yang diperlukan untuk melakukan pengkateteran sendiri secara berselang-seli untuk mengosongkan pundi kencing. Oleh itu, kateter pakai buang dan item tambahan diperlukan.

Bekalan dalam begasi tangan tidak boleh dicuri daripada pemilik sijil ini dan mesti sentiasa berada dalam keadaan baik.



Travel certificate

Großbuchstaben/block capitals please

Name/name

Adresse/address

Pass-Nr./passport no.

Unterschrift/signature

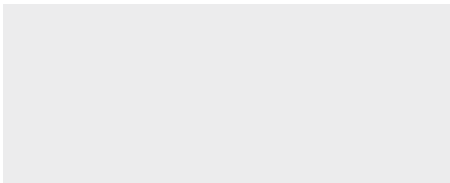
Datum/date:

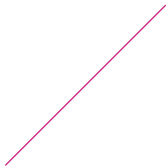
Name des Arztes/name of doctor

Adresse/address

Unterschrift/signature

Datum/date





HOTLINE (0 56 61) 9147-70 00

Montag bis Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr

Besuchen Sie uns im Internet!

Unter der Adresse

www.bbraun.de/kontinenz-patienten

steht umfangreiches Fachwissen zur Verfügung

B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG

Tel. (0 56 61) 9147-70 00

E-Mail: info.de@bbraun.com

www.bbraun.de

Betriebsstätte: Melsungen

Carl-Braun-Straße 1 | 34212 Melsungen