

ANTRAG

an die Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich auf Zertifizierung als Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Rückantwort

Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich
Schwarzspanierstr. 15/3/1
A-1090 Wien
T: +43(0)1-4020928
ZVR-733217904
Mail: info@kontinenzgesellschaft.at
Web: www.kontinenzgesellschaft.at

Das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum in: _____

Koordinator: _____

Klinik: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ FAX: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

(Die Angaben bitte von der Abteilung des Koordinators)

Folgende Qualifikationen zur Etablierung eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums sind erfüllt (siehe Zertifizierungsbedingungen)

• **Mindestens 5 kooperierende medizinische Fachdisziplinen:**

Obligat: x Urologie x Gynäkologie x Chirurgie

- und 2 weitere: Geriatrie Neurologie Innere Medizin / Gastroenterologie
 Kinder und Jugendmedizin Physikalische & Rehabilitative Medizin
 andere _____

• **Kooperation mit:**

- ambulantem Pflegedienst
 ambulanter Physiotherapie
 Kontinenz- Selbsthilfegruppe

Kooperierende Abteilungen

Name des Leiters:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Weitere: _____

Namen der Abteilung:

Name der qualifizierten Pflegekraft(e):

Name der Abteilung:

Name der / des qualifizierten PhysiotherapeutIn:

Name der Abteilung:

Besondere Schwerpunkte

- Behandlung mit Kindern und Jugendlichen
- Patienten mit neurologischen Störungen
- Sonstiges: _____

Speziell technisch-apparative Ausstattung des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums:

- Perineal / Introitussonographie
- Urodynamischer Messplatz
- Videourodynamischer Messplatz
- Neuropsychologisches Labor
- Endosonographie
- Anorektaler Messplatz
- Endoskopie
- Radiologische Diagnostik

Eigene Spezialsprechstunde

Möglich Ja Nein

Folder vorhanden Ja Nein

Internetadresse (Website): _____

Am Kontinenz- und Beckenbodenzentrum werden durchgeführt:

- Basisdiagnostik (inklusive Miktions- und Stuhlprotokolle)
- Urodynamische, analmanometrische Untersuchungen
- Radiologische Diagnostik
- Perineal- oder Introitussonographien
- Endosonographie

Spezielles Therapieangebot:

Konservativ:

- Verhaltenstherapie (z.B. Miktionstraining, Toilettentraining, Urotherapie)
- Funktionelle Beckenbodenarbeit
- intravesikale Elektrotherapie
- nicht invasive elektrische Neuromodulation
- Elektrotherapie Beckenboden
- Biofeedback
- Obstipationsmanagement
- Andere konservative Verfahren

Operativ:

Fälle/Jahr

Botulinumtoxin-Therapie (Blase,Sphinkter) ○ _____

Suburethrale Bänder ○ _____

Kolposuspension ○ _____

Faszienzügelplastik ○ _____

Beckenbodenrekonstruktion (mit oder ohne Mesh) ○ _____

Bulking Agents ○ _____

ProAct ○ _____

Artifizieller Sphinkter ○ _____

Prolapschirurgie (inkl. Rektopexie / Mukosaraffung) ○ _____

Analsphinkterplastik ○ _____

Op. bei Rectocele ○ _____

Sakraler Vorderwurzelstimulator Implantation ○ _____

Blasenaugmentation ○ _____

Orthotoper Blasenersatz ○ _____

Kontinente Harnableitung ○ _____

Inkontinente Harnableitung ○ _____

Kontinente Stuhableitung (MACE) ○ _____

Inkontinente Stuhableitung ○ _____

Sakrale Neuromodulation

Blasendysfunktion ○ _____

Stuhlentleerungsstörung ○ _____

Andere operative Verfahren ○ _____

Hiermit bestätige(n) ich(wir), dass ich(wir) die Gebühr für die Zertifizierung in Höhe von EUR 1.500,- zahlen werde(n).*

Wir ersuchen die Rechnung an folgende Adresse zu senden:

Klinik: _____

Unterschrift des Koordinators
bzw Antragstellers:

Datum: _____

*** Kontaktaufnahme betreffend Zertifizierungsvisite wird nach Einlagen der Gebühr erfolgen!**