

# FRAGEBOGEN • MKÖ-Zertifikat „Kontinenz- und Stomaberatung“

Diesen Fragebogen können Sie mit Acrobat Reader (o.ä.) elektronisch ausfüllen



Bitte tragen Sie Ihre Kontakt-Daten **entsprechend Ihrem Wunscheintrag** auf der MKÖ Website ein.

**Vorname, Name, Titel:** .....

**Weiterbildung:**  Kontinenz- und Stomaberatung\*)  Urotherapie\*) \*) Kopie des Zertifikats lege ich bei

**Name der Beratungsstelle:** .....  
[ Optional, falls vorhanden ]

**Adresse der Beratungsstelle:** .....  
[ Strasse, Nummer, PLZ, Ort ]

**Telefon Beratungsstelle:** .....  
[ Kontakt für Patienten / Anmeldung ]

**E-Mail:** ..... **Website:** .....  
[ Optional, falls erwünscht ] [ Optional, falls vorhanden / erwünscht ]

## In meiner Beratungsstelle kann ich:

Pat. mit **HARN**-Inkontinenz:  beraten  schulen

Pat. mit **STUHL**-Inkontinenz:  beraten  schulen

Pat. mit **BLASEN**-Entleerungsstörungen:  beraten  schulen

Pat. mit **DARM**-Entleerungsstörungen:  beraten  schulen

Pat. mit **STOMA**:  beraten  schulen

**KINDER** mit Problemen bei der Ausscheidung (z.B. Bettnässen, Stuhlschmierer):  beraten  schulen

## Ich habe innerhalb des vergangenen Jahres folgende Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunkt Kontinenz besucht:

Jahrestagung der/des  MKÖ  KSB\*)  AUB\*)  ICS\*)  EAUN\*)

MKÖ-Kontinenzstammtisch\*)  MKÖ-Kontinenzmeeting\*)

sonstige:\*) .....

\*) Kopien der Teilnahmebestätigungen lege ich bei

**Ich möchte in der Beraterliste der MKÖ aufscheinen** ..... ➔  JA  NEIN

**Ich bitte um Zusendung des Zertifikates als Beratungsstelle der MKÖ** ..... ➔  JA  NEIN

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift