

FRAGEBOGEN • MKÖ-Zertifikat „Inkontinenzberatungsstelle“

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.

Titel, Vorname, Name:

Facharzt Bezeichnung:

Ordinationsname:
[Optional, falls vorhanden]

Adresse der Ordination:
[Strasse, Nummer, PLZ, Ort]

Telefon Ordination:
[Kontakt für Patienten / Anmeldung]

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

In meiner Ordination/Praxis kann ich:

Pat. mit **HARN**-Inkontinenz: beraten untersuchen behandeln

Pat. mit **STUHL**-Inkontinenz: beraten untersuchen behandeln

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

Jahrestagung der/des

MKÖ AUB*) AK Blasenfunktionsstörungen*) ICS*) IUGA*)

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