

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 Patient:innen / Anmeldung]

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

☐ **Kassenärzt:in** ☐ **Wahlärzt:in** ☐ **Privatärzt:in** ☐ **Behandlung von Kindern**

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 Berater:innen Liste 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