

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

### Rückantwort

Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich  
Speckbacherstr. 1, 6020 Innsbruck  
T: 0512/58 37 03; F: 0512/58 94 76  
M:0650/27 27 561  
ZVR-733217904  
@: [kontinenz@telering.at](mailto:kontinenz@telering.at)  
[www.inkontinenz.at](http://www.inkontinenz.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 Zertifizierungsbedingen)

- **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:**
  - ambulanter Pflegedienst
  - ambulanter Physiotherapie
  - Kontinenz- Selbsthilfegruppe

### Kooperierende Abteilungen

Name des Leiters:

Namen der Abteilung:

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_
- Weitere: \_\_\_\_\_

Name der qualifizierten Pflegekraft (e)

Name der Abteilung

---

---

---

Name der / des qualifizierten PhysiotherapeutIn

---

### Besondere Schwerpunkte

- Behandlung mit Kindern und Jugendlichen
- \_\_\_ Patienten mit neurologischen Störungen

---

---

### Speziell technisch-apparative Ausstattung des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums:

- |                                 |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Perineal / Introitussonographie | <input type="checkbox"/> | Endosonographie          | <input type="checkbox"/> |
| Urodynamischer Messplatz        | <input type="checkbox"/> | Anorektaler Messplatz    | <input type="checkbox"/> |
| Videourodynamischer Messplatz   | <input type="checkbox"/> | Endoskopie               | <input type="checkbox"/> |
| Neurophysiologisches Labor      | <input type="checkbox"/> | Radiologische Diagnostik | <input type="checkbox"/> |

### 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

Fälle/Jahr

#### **Operativ:**

- Botulinumtoxin-Therapie (Blase, Sphinkter)  \_\_\_\_\_
- Suburethrale Bänder  \_\_\_\_\_
- Kolsuspension  \_\_\_\_\_
- Faszienzügelplastik  \_\_\_\_\_
- Beckenbodenrekonstruktion (mit oder ohne Mesh)  \_\_\_\_\_
- Bulking Agents  \_\_\_\_\_
- ProAct  \_\_\_\_\_
- Artifizieller Sphinkter  \_\_\_\_\_
  
- Prolapschirurgie (inkl. Rektopexie / Mukosaraffung)
- Analosphinkterplastik  \_\_\_\_\_
- Op. bei Rectocele  \_\_\_\_\_
- Sakraler Vorderwurzelstimulator Implantation  \_\_\_\_\_
- Blasenaugmentation  \_\_\_\_\_
- Orthotoper Blasenersatz  \_\_\_\_\_
- Kontinente Harnableitung  \_\_\_\_\_
- Inkontinente Harnableitung  \_\_\_\_\_
- Kontinente Stuhableitung (MACE)  \_\_\_\_\_
- Inkontinente Stuhableitung  \_\_\_\_\_
- Sakrale Neuromodulation
- Blasendysfunktion  \_\_\_\_\_
- Stuhleerungsstörung  \_\_\_\_\_
- Andere operative Verfahren  \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätigen ich (wir), dass wir die Gebühr für die Zertifizierung in Höhe von EUR 1000,-- zahlen werden. Wir ersuchen die Rechnung an folgende Adresse zu senden:**

**Klinik:**

**Datum:**

**Unterschrift des Koordinators  
bzw Antragstellers: \_\_\_\_\_**