

**Antrag auf ICA-Mitgliedschaft
und als
„zertifizierte Beratungsstelle für Interstitielle Cystitis (IC/BPS)“**

Fax: (02252) 837 63 88
E-Mail: info@ica-ev.de

An den
ICA-Deutschland e.V.
Untere Burg 21
53881 Euskirchen

Hiermit beantrage ich die Zertifizierung als „Beratungsstelle für Interstitielle Cystitis (IC/BPS)“. Dies beinhaltet die Aufnahme der persönlichen Mitgliedschaft im ICA-Deutschland e.V. Für die Mitgliedschaft gilt die Satzung in gültiger Fassung. Mir ist bekannt, daß der jährliche Regelbeitrag (Mindestbeitrag) Euro 60,-- beträgt.

Voraussetzung für die Zertifizierung oder Rezertifizierung als Beratungsstelle ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem ICA-Deutschland und „zertifizierten Zentren für Interstitielle Cystitis und Beckenschmerz“.

Mir ist bekannt, daß als zertifizierte Beratungsstelle für Interstitielle Cystitis nur Ärzte und Therapeuten in Praxen und Kliniken zertifiziert werden, die über aktuelle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Diagnostik und Therapie der Interstitielle Cystitis verfügen. Als Antragsteller dieses Zertifikats versichere ich, daß ich mich mit großer Sorgfalt den Patientinnen und Patienten mit Problemen des chronischen Blasen- und Harnröhrenschmerzes, des Beckenschmerzes und insbesondere der seltenen Erkrankung Interstitielle Cystitis (IC) widme.

Mir ist bekannt, daß die Zertifizierung personengebunden ist und nicht die Praxis oder die Abteilung der Klinik zertifiziert wird. Die Zertifizierung erfolgt durch Beurteilung mindestens zweier Mitglieder des medizinischen Beirates des ICA und einem Vorstandsmitglied und ist für 3 Jahre gültig.

Mit der Weitergabe der Adresse der Beratungsstelle und Veröffentlichung im Internet bin ich ausdrücklich einverstanden:

Titel, Vor-und Zuname:.....

Funktion und Abteilung:.....

Klinik/Praxis:

Kassenärztliche Zulassung Privatärztliche Praxis

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.:

E-Mail:

Internet:

Datum: _____ Unterschrift: _____