

An den  
ICA-Deutschland e.V.  
Förderverein für Interstitielle Zystitis  
Untere Burg 21  
53881 Euskirchen

Antrag für die Zertifizierung als  
**Zentrum für interstitielle Zystitis und Beckenschmerz**

Antragsteller

Koordinator	
Klinik*	
Abteilung	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Homepage	

\*(Die Angaben bitte von der Abteilung des Koordinators)

**Folgende Qualifikationen zur Etablierung eines Zentrums für Interstitielle Zystitis (IC) und Beckenschmerz sind erfüllt**

(Mindestens 5 kooperierende medizinische Fachdisziplinen, siehe Zertifizierungsbedingungen)

<input checked="" type="checkbox"/>	Fachdisziplinen	Name des Kooperationspartners
<input type="checkbox"/>	Urologie	
<input type="checkbox"/>	Kontinenzzentrum - Abteilung für Kontinenz	
<input type="checkbox"/>	Gynäkologie	
<input type="checkbox"/>	Chirurgie	
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie	
<input type="checkbox"/>	Pathologie	
<input type="checkbox"/>	Neurologie	
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin	
<input type="checkbox"/>	Physikalische & Rehabilitative Medizin / Physiotherapie	
<input type="checkbox"/>	Ernährungsmedizin / Ernährungsberatung	
<input type="checkbox"/>	andere	

**Kooperation mit:**

<input type="checkbox"/>	Pflegedienst der Klinik	Name des Pflegeexperten
<input type="checkbox"/>	Reha-Einrichtung	Name der kooperierenden Klinik

**Nachweis der Expertise durch** (bitte Bescheinigungen und Nachweise beifügen):

<input type="checkbox"/>	Bescheinigung der Teilnahme von Veranstaltungen zum Thema z. Bsp. - Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie, - Jahreskongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, - Seminare der Arbeitskreise - Informationsveranstaltungen des ICA-Deutschland
<input type="checkbox"/>	Einreichung von Publikationen oder Vorträgen zu relevanten Themen
<input type="checkbox"/>	Mitarbeit in themenbezogenen Arbeitskreisen
<input type="checkbox"/>	Organisation von ICA-Veranstaltungen / Kooperation mit der ICA-Deutschland
<input type="checkbox"/>	Kooperation mit der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
<input type="checkbox"/>	Informationsveranstaltung für Betroffene

<input type="checkbox"/>	Informationsbroschüre / Flyer für Betroffene	
<input type="checkbox"/>	Eigene IC-Spezialsprechstunde	Fälle pro Jahr: .....

**Spezielle technisch-apparative Ausstattung des Zentrums für IC und Beckenschmerz**

<input type="checkbox"/>	Krankheitsbezogene Fragebögen
<input type="checkbox"/>	Perineal- / Introitussonographie
<input type="checkbox"/>	Urodynamischer Messplatz / Videourodynamischer Messplatz
<input type="checkbox"/>	Zystoskopie ohne / mit Narkose
<input type="checkbox"/>	Photodynamische Zystoskopie (Hexvix)
<input type="checkbox"/>	Transurethrale Resektion / Laser
<input type="checkbox"/>	Physionizer zur EMDA-Therapie
<input type="checkbox"/>	Radiologische Diagnostik
<input type="checkbox"/>	Spezielle Aufarbeitung in der Pathologie

**Am Zentrum für IC und Beckenschmerz werden durchgeführt:**  
(nur Berücksichtigung von Patienten mit IC- und Beckenschmerzsymptomatik!)

	<b>Diagnostik</b>	<b>Fälle pro Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	Krankheitsbezogene Fragebögen	
<input type="checkbox"/>	Perineal- / Introitussonographie	
<input type="checkbox"/>	Urodynamische Untersuchungen	
<input type="checkbox"/>	Kaliumchlorid-Test (KCL-Test)	
<input type="checkbox"/>	Zystoskopie ohne Narkose	
<input type="checkbox"/>	Zystoskopie mit Narkose	
<input type="checkbox"/>	Hydrodistension	
<input type="checkbox"/>	Photodynamische Zystoskopie	
<input type="checkbox"/>	Transurethrale Resektion (TUR-B)	
<input type="checkbox"/>	Histologische Untersuchungen	
<input type="checkbox"/>	Spezielle Aufarbeitung in der Pathologie	

	<b>Konservative Therapie:</b>	<b>Fälle pro Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie	
<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	
<input type="checkbox"/>	Elektrotherapie (8-050)	
<input type="checkbox"/>	Biofeedback	
<input type="checkbox"/>	Medikamentöse orale Therapie	
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie	

<input type="checkbox"/>	andere konservative Verfahren	
--------------------------	-------------------------------	--

	<b>Intravesikale und interventionelle Therapie</b>	<b>Fälle pro Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	Blaseninstillationstherapie	
<input type="checkbox"/>	Elektromotive Medikamentenapplikation (EMDA) (8-650)	
<input type="checkbox"/>	Botulinumtoxin-Therapie (5-579.62; 8-020.1)	
<input type="checkbox"/>	Anderweitige Injektionstherapie	
<input type="checkbox"/>	Resektion Ulzera (5-573.-)	
<input type="checkbox"/>	Laser Ulzera	

	<b>Operative Therapie</b> (nur Eingriffe bei Diagnose IC oder Beckenschmerz)	<b>Fälle pro Jahr</b>
<input type="checkbox"/>	Sakrale Neuromodulation (5-059.-)	
<input type="checkbox"/>	Pudendale Neuromodulation (5-059.-)	
<input type="checkbox"/>	Andere operative Stimulationsverfahren (5-059.-)	
<input type="checkbox"/>	Zystektomie (5-576.-)	
<input type="checkbox"/>	Zystourethrektomie (5-576.-)	
<input type="checkbox"/>	Blasenaugmentation (5-578.6)	
<input type="checkbox"/>	Inkontinente Harnableitung (5-564.-, 5-565.-)	
<input type="checkbox"/>	Kontinente Harnableitung (5-564., 5-565., 5-566.-, 5.577.-)	
<input type="checkbox"/>	Neoblase beim Mann	
<input type="checkbox"/>	Neoblase bei der Frau	
<input type="checkbox"/>	Nabelpouch	
<input type="checkbox"/>	Andere operative Therapieverfahren	

**Unter Anerkennung der gültigen Zertifizierungsbedingungen bestätige ich die Expertise aller beteiligten Fachrichtungen und stelle den Antrag zur Zertifizierung als Zentrum für Interstitielle Zystitis und Beckenschmerz**

**Ort/Datum**

**Unterschrift**