

MITGLIEDSDATENBLATT

Persönliche Daten

Betroffene/r:

Name _____ Geburtsdatum: _____

Vorname _____ Telefon: _____

Adresse _____ Mobil: _____

PLZ, Ort _____ E-Mail: _____

(Angaben bei minderjährigen Mitgliedern)

Mutter:

Vater:

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Angaben zur Ausprägung der Fehlbildung

Um welche Fehlbildung aus dem BEEK handelt es sich bei der/dem Betroffenen?

Blasenekstrophie Epispadie kloakale Ekstrophie

Wurde die Fehlbildung pränatal diagnostiziert? ja nein

Angaben zur Kontinenz

kontinent teilweise kontinent nicht kontinent

Angaben zur OP-Methode

Blasenerhaltende Operation

Ohne Augmentation Mit Augmentation

Mit Katheterisieren

Durch die Harnröhre Durch das Stoma

Nicht blasenerhaltende Operation

Sigma-Rektum Pouch/HDI Colon-Conduit Ileum-Conduit Mainz Pouch I

Sonstiges: _____

Angaben zum Operateur

Angaben zur Genitalkorrektur

Scheideneingangsplastik Peniskorrektur

Angaben zu weiteren Fehlbildungen:

Angaben zum Pflegegrad / Grad der Behinderung

Wurde ein Pflegegrad festgestellt?

ja und zwar: _____ nein

Wurde ein GdB / Merkzeichen festgestellt?

ja und zwar: _____ nein

Prä- /Postoperative Besonderheiten/Komplikationen:

(z.B. Reflux, Nierenschaden, Harnröhrenverengung bzw. -verklebung, Fistelbildung, Probleme mit Spaltbecken, Medikamente, etc.)

Aktuell in Behandlung bei

Allgemeine Angaben

Wie haben Sie zur SHG gefunden?

Einverständniserklärung

Ich bin/wir sind damit einverstanden/nicht einverstanden, dass die obigen Angaben für die SHG-interne Mitgliederliste verwendet und an SHG-Mitglieder weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Das Mitgliedsdatenblatt ist Teil der Beitrittserklärung.

Bitte an Julia Petschallies, Schulstr. 9, 86919 Utting am Ammersee zurücksenden.