**Kérelem**

*Magyar Menopausa Társaság ajánlás és menopauza szakrendelés/ambulancia listára felvétel*

**Kedves Kolléga!**

Annak érdekében, hogy rendelése használhassa a *„Magyar Menopausa Társaság ajánlásával működő menopauza ellátóhely”* megnevezést, illetve hogy felkerüljön az MMT által ajánlott, nyilvánosan elérhető *„Menopauza Szakrendelések / Ambulanciák listájá”*-ra, kérjük, töltse ki az alábbi rövid kérdőívet, majd azt juttassa el az MMT főtitkárának a [deli.tamas@med.unideb.hu](mailto:deli.tamas@med.unideb.hu) címre. Rövidesen felvesszük Önnel a kapcsolatot, hogy egy pár perces online megbeszélést is egyeztetni tudjunk. Ezt követően a rendelés néhány napon belül felkerül az MMT menopauza ambulancia listájára, mely a Társaság honlapján ([www.mmt.hu](http://www.mmt.hu)) itt található meg:

<https://www.doki.net/tarsasag/menopausa/upload/menopausa/document/menopauza_ambulanciak_listaja_20250317.pdf?web_id>=

**1. Menopauzával foglalkozó szakrendelése kizárólag menopauza ellátásnak dedikált szakrendelés, vagy egyéb rendelés (pl. nőgyógyászat, reproduktív endokrinológia) keretében foglalkozik menopauzás betegek ellátásával?**

Dedikált menopauza szakrendelés

Egyéb rendelés keretében látunk el menopauzás betegeket is

**2. Társadalombiztosító által finanszírozott vagy magánfinanszírozott rendelésről van szó?**

TB finanszírozott  Magánfinanszírozott

**3. Szakrendelés adatai**

Szakrendelés hivatalos neve (ÁNTSZ engedélyen, intézményi honlapon)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Szakrendelés címe, elérhetősége, rendelés ideje, bejelentkezés módja

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**4. Heti hány kifejezetten menopauzás tünetek miatt orvoshoz forduló beteget lát el a szakrendelés?**

…………………………….. fő/hét

**5. Hány orvos végez menopauza ellátást a szakrendelésen és milyen szakvizsgával rendelkeznek?**

…………………………….. fő Szakvizsgák:……………………………………………………………………………………..

**6. Írnak-e fel rendszeresen menopauzális hormonpótló kezelést (MHT)?**

Igen  Nem

**7. Menopauza miatt kezelt betegeik körülbelül hány %-a részesül MHT-ben?** ……………….. %

**8. Értékelnek-e mammográfiás leleteket?**

Igen  Nem

**9. Van-e lehetőség arra, hogy a betegeiket mammográfiára irányítsák?**

Igen  Nem

**10. Értékelnek-e denzitometriai leleteket?**

Igen  Nem

**11. Van-e lehetőség arra, hogy a betegeiket DXA vizsgálatra irányítsák?**

Igen  Nem

**12. Kezelnek-e osteopeniát/osteoporosist?**

Igen  Nem

**13. Tagja-e Ön a Magyar Menopausa Társaságnak?**

Igen  Nem

**14. Rendezve van az MMT tagdíja?**

Igen  Nem

**15. Járt már a Magyar Menopausa Társaság honlapján** ([www.mmt.hu](http://www.mmt.hu))**?**

Igen  Nem

**16. Járt már a Magyar Menopausa Társaság valamelyik rendezvényén, továbbképzésén (pl. MMT Kongresszus, MMT/MSZNET Közös Kongresszus, MAKÓ)?**

Igen  Nem

**17. Ismeri az aktuális menopauzális medicinával foglalkozó haza szakkönyv tartalmát?**

(*László Ádám, Jakab Attila: Menopauzális medicina. Oriold és Társai Kft., Budapest, 2021*)

Igen  Nem

Alulírott

Dr. ……………………………………………………………………………….

(orvosi nyilvántartási szám / pecsétszám:…………………….)

kérem, hogy fent nevezett szakrendelésünk használhassa a *„Magyar Menopausa Társaság ajánlásával működő menopauza ellátóhely”* megnevezést, illetve hogy felkerüljön az MMT által ajánlott, nyilvánosan elérhető *„Menopauza Szakrendelések / Ambulanciák listájá”*-ra.

Nyilatkozom, hogy a kérdőívben feltüntettet adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:………………………………………………………………….

………………………………………………………………………...

kérelmező (Orvosi pecsét)