

Antrag auf Zertifizierung eines Mentors

Name Versorgungseinrichtung:

Name Mentor:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich mindestens die dreifache Menge der für die Ausbildung nötigen OP-Zahlen oder Krankheitsbilder selbst erbracht habe.

Inhalt	Zentrum	Mentor	Fellow
Untersuchung von speziellen und sekundären Glaukomformen, neben Patienten mit POWG und Engwinkelglaukom	100	150	50
Trabekulektomie (Goniotrepanation) und nicht penetrierende Verfahren	100	150	50
Minimal trabekuläre Glaukomchirurgie mit Phako	50	75	25
Filtrierende Stents	40	60	20
Cyclodestruktive Verfahren	10	15	5
Drainage-Implantat Chirurgie	6	9	3
Notfallmäßige operative Versorgung von Glaukompatienten (z.B. Iridektomie)	10	15	5
Versorgung mit Revisionseingriff nach Glaukomoperationen	40	60	20
Modulierung der Wundheilung nach Glaukomchirurgie, z.B. Antifibrotika, Anti-VEGF-Inhibitoren	40	60	20
Komplikationsmanagement der Glaukomchirurgie (Theorie, praktisches Vorgehen (konservativ, chirurgisch, mittels Laser))	100	150	50

- im o.g. Zentrum mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 21 Std. beschäftigt bin.
- ich Mitglied von DOG oder BVA bin
Bitte geben Sie hier die Mitgliedsnummer an:
DOG BVA
- regelmäßig an der Notdienstversorgung teilnehmen oder die Notdienstversorgung klinikintern delegativ organisiert habe.
- ich max. bis zu zwei Fellowships gleichzeitig betreue.
- ich Änderungen der Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift