



## 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	<b>150</b>	50
Trabekulektomie (Goniotrepanation) und nicht penetrierende Verfahren	100	<b>150</b>	50
Minimal trabekuläre Glaukomchirurgie mit Phako	50	<b>75</b>	25
Filtrierende Stents	40	<b>60</b>	20
Cyclodestruktive Verfahren	10	<b>15</b>	5
Drainage-Implantat Chirurgie	6	<b>9</b>	3
Notfallmäßige operative Versorgung von Glaukompatienten (z.B. Iridektomie)	10	<b>15</b>	5
Versorgung mit Revisionseingriff nach Glaukomoperationen	40	<b>60</b>	20
Modulierung der Wundheilung nach Glaukomchirurgie, z.B. Antifibrotika, Anti-VEGF-Inhibitoren	40	<b>60</b>	20
Komplikationsmanagement der Glaukomchirurgie (Theorie, praktisches Vorgehen (konservativ, chirurgisch, mittels Laser))	100	<b>150</b>	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