

Antrag auf Zertifizierung eines Zentrums

Subspezialität (für jede Subspezialität ist ein eigener Antrag zu stellen):

Name Versorgungseinrichtung:

Name Leitung:

Folgende Mentoren erfüllen laut beigelegten Formularen die erforderlichen Bedingungen für diese Subspezialität. Ein Mentor darf maximal zwei Fellows gleichzeitig betreuen.

Strukturelle Voraussetzungen

- Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Versorgungseinrichtung über die folgende strukturelle Ausstattung verfügt bzw. Versorgungsangebote vorhält.
- Glaukom-Spezialsprechstunde
 - "Rufbereitschaft" mit Hintergrunddienst
 - Diagnostika (Gonioskopiekontaktglas, Goldmann-Appplanationstonometrie, Perimetrie, Ultraschall, OCT)
 - Existierende Kooperationen (z.B. Radiologie und Neurologie)
 - Notdienstversorgung 24/7

Anzahl erforderlicher Eingriffe und Krankheitsbilder

- Die im Regelwerk unter Fortbildungskatalog genannten Kompetenzen werden im Rahmen des Fellowships vermittelt.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass in der o.g. Versorgungseinrichtung **mindestens die doppelte Zahl** der pro Jahr für das angebotene Fellowship erforderlichen Eingriffe oder Behandlung von Krankheitsbildern erbracht werden:

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

Voraussetzung Fellowship

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Versorgungseinrichtung über die erforderlichen zeitlichen, personellen und strukturellen Ressourcen verfügt, die es Fellows ermöglichen innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens von mind. 2 Jahren die Voraussetzungen für die Erlangung eines Fellowshipzertifikats zu erlangen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Versorgungseinrichtung ganzjährig eine Notdienstversorgung anbietet.
- Die Gebühr von 250€ für das Zentrum und 150€ je Mentor an die DOG wurden entrichtet an Sparkasse Heidelberg, IBAN DE68 6725 0020 0004 0094 44, BIC: SOLADES1HDB)
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Änderungen dieser Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift