

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