



Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich Facharzt für Augenheilkunde bin - seit:
- ich hauptamtlich am o.g. Zentrum tätig bin.
- meine Wochenarbeitszeit mind. 16 h beträgt.
- ich Mitglied von DOG oder BVA bin
Bitte geben Sie hier die Mitgliedsnummer an:
DOG BVA

- ich über immunologische Grundkenntnisse im Rahmen der Hochrisiko Keratoplastik verfüge.
- ein EBO-Zertifikat vorliegt (falls zutreffend).

Datum	Fellow Name, Vorname	Unterschrift
-------	----------------------	--------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass der o.g. Fellow die Mindestdauer des Fellowship absolviert hat.
- dass der o.g. Fellow über die Gesamtdauer des Fellowship regelmäßig an der Notfallversorgung des Spezialgebietes als erster Operateur teilgenommen hat.
- dem o.g. Fellow den vollständigen Erwerb der erforderlichen Kompetenzen.
- Die Gebühr von 250 Euro habe ich überwiesen an Sparkasse Heidelberg, IBAN DE68 6725 0020 0004 0094 44, BIC: SOLADES1HDB
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und befürworte die Ausstellung des Zertifikats.

Datum	Mentor Name, Vorname	Unterschrift
-------	----------------------	--------------