DOG-/BVA-Fellowship
Hornhaut-Chirurgie

DOG
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft

Gesellschaft für Augenheilkunde

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 Behandlungen von Krankheitsbildern selbst erbracht habe.

Inhalt	Zentrum	**Mentor**	Fellow
Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty	100	**150**	50
Perforierende Keratoplastik	50	**75**	25
Keratoplastik à chaud	30	**45**	15
Amnionmembrantransplantation	50	**75**	25
Versorgung perforierender Verletzungen mit Hornhaut-Beurteilung	30	**45**	15
Crosslinking	30	**45**	15
Phototherapeutische Keratektomie	50	**75**	25
Bindehaut-Operation inkl. Tumor- und Pterygiumexzision	80	**120**	40
immunologische Grundkenntnisse i. R. d. Hochrisiko Keratoplastik			
Grundkenntnisse des Hornhautbankings sowie eigenständige Spendergewinnungen	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 teilnehme 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