

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.

Unbedingt erforderlich:

- Endothelzellmessgerät
- Scheimpflug-Tomographie
- Notdienstversorgung 24/7

Optional:

- Gerät zur biomechanischen Evaluierung des Keratokonus
- Konfokales Mikroskop zur in-vivo Evaluierung von komplizierten infektiösen Keratiden
- Vorderabschnitts-OCT

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. Es sollen **folgende Operationen** in den **3 Jahren des Fellowship** erfolgen:

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 50 eigenständige Spendergewinnungen	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 3 Jahren die Voraussetzungen für die Erlangung eines Fellowshipzertifikats zu erfüllen.
- 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