



Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

Name Versorgungseinrichtung: [Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Name Fellow: [Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

ich die unten angegebene Zahl im Fellowshipzeitraum erfüllt habe.

Inhalt	Fellow
1. Anatomie des Auges unter Einbeziehung von Präparierübungen der Orbita und der Periorbitalregion	8 Std.
2. Diagnose und Differentialdiagnose von seltenen Erkrankungen der Augenlider, Tränenwege und Orbita	4 Std.
3. Rekonstruktive und ästhetisch-plastische Operationen, die über die Anforderungen der regulären Facharztfortbildung hinausgehen.	16 Std.
4. Chirurgische und konservative Behandlung und Nachbehandlung von kongenitalen und erworbenem Anophthalmus einschließlich Kenntnisse über Möglichkeiten prothetischer Versorgung	2 Std.
5. Chirurgische Rehabilitation bei schweren Formen der endokrinen Orbitopathie	2 Std.
6. Lokal- und Regionalanästhesie in der Periorbitalregion	1 Std.
7. Nachbehandlung nach diesen operativen Eingriffen	2 Std.
8. Komplikations- und Notfallmanagement	3 Std.
9. Patientenaufklärung, Dokumentation der oben aufgeführten Eingriffe	2 Std.
10. Nach freier Wahl aus den o.g. Themen	20 Std.

Diagnostik	Fellow
CT-Beurteilung	20
MRT-Beurteilung	20
Ultraschall (Eigenständige Durchführung von B-Bild-Sonographien)	20
Dakryozystographie-Beurteilung	
Endoskopie endonasal (Durchführung und Beurteilung)	
Endoskopie transkanalikulär (Durchführung und Beurteilung)	
Tumorboardteilnahme	10
Kompetenz in der Durchführung und Beurteilung von diagnostischen Maßnahmen bei Tränenwegserkrankungen (Dakryographie, Endoskopie) kann durch Kooperation mit anderen Abteilungen oder durch Hospitation erworben werden.	

Behandlung	Fellow
Endokrine Orbitopathie	30
Andere entzündliche Orbitaerkrankungen	5

Eingriffe	Fellow
a. Lidfehlstellungen, <i>davon</i>	90
Korrektur komplizierter Entropien (Narbenentropien, Entropium-Rezidive)	15

DOG-/BVA-Fellowship
 Spezielle Plastisch Rekonstruktive und
 Ästhetische Chirurgie der okulären Adnexe



DOG
 Deutsche Ophthalmologische
 Gesellschaft

Gesellschaft
 für Augenheilkunde

	Korrektur komplizierter Ektropien (Narben-Ektropium, ausgedehntes mediales Ektropium, Rezidive)	15
	Ptosisoperationen (Levatorreinsertionen und -resektionen)	20
	Lidverlängernde Eingriffe (Ober- und Untertitel)	10
	Andere	30
b. Tumorchirurgie	Histologisch kontrollierte Exzision ausgedehnter maligner Lid- und periorbitaler Tumoren (z.B. Basalium, Plattenepithel-Ca, Talgdrüsen-CA)	40
c. Lidrekonstruktion	Nach Tumorsektion, Trauma oder kongenitalen Defekten	60
	<i>davon</i>	
	Rekonstruktion ausgedehnter durchgreifender Defekte des Unterlids (>50% der Lidkante)	20
	Andere	40
d. Ästhetische Eingriffe, <i>davon</i>		70
	Oberlidblepharoplastik	40
	Unterlidblepharoplastik	10
	Andere, z.B. Botulinumtoxin, Laser	20
e. Tränenwegseingriffe, <i>davon</i>		25
	Dakryozystorhinostomie	5
	Versorgung von Tränenwegsverletzungen	5
	Tränenwegsintubationen	15
f. Orbitaoperationen, <i>davon</i>		15
	E nukleationen mit Orbitaimplantat	5
	Andere	10

- ich Facharzt für Augenheilkunde bin - seit: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- 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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
 BVA: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- ich an von DOG und BVA oder äquivalenten internationalen (entsprechend ESOPRS-Qualität) Fortbildungsveranstaltungen entsprechend des Fortbildungskatalogs teilgenommen habe (bitte Nachweis aus den **letzten 3 Jahren** vorlegen)
- ein EBO-Subspecialty Examen bereits absolviert wurde (falls zutreffend).

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

DOG-/BVA-Fellowship
Spezielle Plastisch Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie der okulären Adnexe



DOG
Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

Gesellschaft
für Augenheilkunde

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