



Antrag auf Zertifizierung eines Zentrums

Subspezialität (für jede Subspezialität ist ein eigener Antrag zu stellen):

Name Versorgungseinrichtung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name Leitung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Folgende Mentoren erfüllen laut beigelegten Formularen die erforderlichen Bedingungen für diese Subspezialität. Ein Mentor darf maximal zwei Fellows gleichzeitig betreuen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strukturelle Voraussetzungen

- Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Versorgungseinrichtung über die folgende strukturelle Ausstattung verfügt bzw. Versorgungsangebote vorhält.
- Benannter Kooperationspartner zur radiologischen Diagnostik für CT, MRT, Dakryozystographie
 - Ultraschalldiagnostikgerät gemäß KV-Ultraschallvereinbarung „Ophthalmologie“
 - Endoskop
 - Tumorboard
 - Stationäre Notfallversorgung (24/7)

Anzahl erforderlicher Eingriffe und Krankheitsbilder

- Die im Regelwerk unter Fortbildungskatalog genannten Kompetenzen werden im Rahmen des Fellowship vermittelt. Die unten eingetragene Zahl entspricht der OP-Zahlen pro Jahr.

| Diagnostik | Zentrum |
|--|---------|
| CT-Beurteilung | 40 |
| MRT-Beurteilung | 40 |
| Ultraschall (Eigenständige Durchführung von B-Bild-Sonographien) | 40 |
| Dakryozystographie-Beurteilung | |
| Endoskopie endonasal (Durchführung und Beurteilung) | |
| Endoskopie transkanalikulär (Durchführung und Beurteilung) | |
| Tumorboardteilnahme | 20 |
| 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 | Zentrum |
|--|---------|
| Endokrine Orbitopathie | 60 |
| Andere entzündliche Orbitaerkrankungen | 10 |

| Eingriffe | Zentrum | |
|------------------------------------|---|----|
| a. Lidfehlstellungen, <i>davon</i> | 180 | |
| <input type="text"/> | Korrektur komplizierter Entropien (Narbenentropien, Entropium-Rezidive) | 30 |
| <input type="text"/> | Korrektur komplizierter Ektropien (Narben-Ektropium, ausgedehntes mediales Ektropium, Rezidive) | 30 |

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



DOG
 Deutsche Ophthalmologische
 Gesellschaft

Gesellschaft
 für Augenheilkunde

| | | |
|--|--|------------|
| | Ptosisoperationen (Levatorreinsertionen und -resektionen) | 40 |
| | Lidverlängernde Eingriffe (Ober- und Untertitel) | 20 |
| | Andere | 60 |
| b. Tumorchirurgie | Histologisch kontrollierte Exzision ausgedehnter maligner Lid- und periorbitaler Tumoren (z.B. Basaliom, Plattenepithel-Ca, Talgdrüsen-CA) | 80 |
| c. Lidrekonstruktion | Nach Tumorresektion, Trauma oder kongenitalen Defekten | 120 |
| | <i>davon</i> | |
| | Rekonstruktion ausgedehnter durchgreifender Defekte des Unterlids (>50% der Lidkante) | 40 |
| | Andere | 80 |
| d. Ästhetische Eingriffe, <i>davon</i> | | 140 |
| | Oberlidblepharoplastik | 80 |
| | Unterlidblepharoplastik | 20 |
| | Andere, z.B. Botulinumtoxin, Laser | 40 |
| e. Tränenwegseingriffe, <i>davon</i> | | 50 |
| | Dakryozystorhinostomie | 10 |
| | Versorgung von Tränenwegsverletzungen | 10 |
| | Tränenwegsintubationen | 30 |
| f. Orbitaoperationen, <i>davon</i> | | 30 |
| | Enukleationen mit Orbitaimplantat | 10 |
| | Andere | 20 |

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. 1 Jahr 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