

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.
- Die Fortbildung soll an einem etablierten Uveitzentrum erfolgen. Als „Uveitzentrum“ wird eine Einrichtung definiert, welche pro Jahr mindestens 500 Patienten mit entsprechenden Erkrankungen behandelt.
 - Notdienstversorgung 24/7

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:

Inhalt	Zentrum	Mentor	Fellow
Diagnostik			
Optische Kohärenztomographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	300	450	150
Fluoreszeinangiographien	160	240	80
Indozyaningrünangiographien	80	120	40
Fundus-Autofluoreszenzuntersuchungen	80	120	40
B-Bild Echographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	80	120	40
Behandlung			
Patienten mit anteriorer Uveitis (alle Formen und Ursachen)	200	300	100
Patienten mit intermediärer Uveitis	100	150	50
Patienten mit posteriorer bzw. Panuveitis (alle Formen und Ursachen)	100	150	50
Patienten mit Episkleritis/Skleritis	60	90	30



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