

DOG-/BVA-Fellowship Linsen Chirurgie & Refraktive Chirurgie

Antrag auf Zertifizierung eines Mentors

bitte senden an:
fellowship@dog.org

Name Versorgungseinrichtung:

Name Mentor:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ☐ ich mindestens die dreifache Menge der für die Ausbildung nötigen OP-Zahlen oder Krankheitsbilder selbst erbracht habe.

Eingriffe

A) Linsen Chirurgie (Basis)

Inhalt		Mentor
Linsen Chirurgie	Phakoemulsifikation und HKL-Implantation	750
Komplikationsmanagement	Vordere Vitrektomie (limbal, pars plana)	15
	Sulkusimplantation	15

B) Linsen Chirurgie (Advanced)

Linsen Chirurgie	Phakoemulsifikation und HKL-Implantation	900
Schwierige Ausgangssituation	davon	150
	Enge Pupille (z.B. Malyugin-Ring, Iris-Retraktoren)	30
	Harte oder weiße Linse (z.B. Trypanblaufärbung bei Cat. matura)	15
	Schwache Zonulafasern (Kapselspannung)	
IOL-Austausch	davon	60
	Explantation aus dem Kapselsack mit anschl. Rückfaltung, Durchschneiden, Entbindung in toto, gefolgt von der Implantation einer anderen IOL in Sulkus, Kapselsack oder iris-fixiert)	
	Explantation inklusive Kapselsack und retroiridale Irisfixation der IOL	

C) Refraktive Linsen Chirurgie

	Refractive Lens Exchange (RLE)	30
	Torische IOL	30
	Multifokale IOL	30
	Phake IOL	30

DOG-/BVA-Fellowship Linsen Chirurgie & Refraktive Chirurgie (Seite 2)

D) Refraktive Laserchirurgie

Oberflächenbehandlungen	LASEK/PRK	150
Interstromale Behandlungen	LASIK*	150
	Laser Lentikel Extraktion*	150
* Die fachliche Spezialisierung in den Bereichen „LASIK“ und/oder „Laser Lentikel Extraktion“ kann abhängig vom Fortbildungszentrum zusammen oder getrennt erworben werden.		

- ☐ 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 teilnehmen oder die Notdienstversorgung klinikintern delegativ organisiert habe.
- ☐ an von DOG, BVA und DGII anerkannten KRC-Kursen entsprechend des Fortbildungskatalogs teilgenommen habe (bitte Nachweis aus den **letzten 5 Jahren** vorlegen – ggf. auch über ergänzende Kurse und Wetlabs)
- ☐ ich max. bis zu zwei Fellowships gleichzeitig betreue.
- ☐ ich Änderungen der Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift