

DOG-/BVA-Fellowship Glaukomchirurgie

bitte senden an:  
fellowship@dog.org

## Antrag auf Zertifizierung eines Mentors

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.

Inhalt	Mentor
Untersuchung von speziellen und sekundären Glaukomformen, neben Patienten mit POWG und Engwinkelglaukom	150
Trabekulektomie (Goniotrepanation) und nicht penetrierende Verfahren	150
Minimal trabekuläre Glaukomchirurgie mit Phako	75
Filtrierende Stents	60
Cyclodestruktive Verfahren	15
Drainage-Implantat Chirurgie	9
Notfallmäßige operative Versorgung von Glaukompatienten (z.B. Iridektomie)	15
Versorgung mit Revisionseingriff nach Glaukomoperationen	60
Modulierung der Wundheilung nach Glaukomchirurgie, z.B. Antifibrotika, Anti-VEGF-Inhibitoren	60
Komplikationsmanagement der Glaukomchirurgie (Theorie, praktisches Vorgehen (konservativ, chirurgisch, mittels Laser))	150

- 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:

ich regelmäßig an der Notdienstversorgung teilnehme oder die Notdienstversorgung klinikintern delegativ organisiert habe.

- ich max. bis zu zwei Fellowships gleichzeitig betreue.  
 ich Änderungen der Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift