

DOG-/BVA-Fellowship Glaukomchirurgie

bitte senden an:
fellowship@dog.org

Antrag auf Zertifizierung eines Zentrums

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.
- Glaukom-Spezialsprechstunde
 - "Rufbereitschaft" mit Hintergrunddienst
 - Diagnostika (Gonioskopiekontaktglas, Goldmann-Appplanationstonometrie, Perimetrie, Ultraschall, OCT)
 - Existierende Kooperationen (z.B. Radiologie und Neurologie)
 - Notdienstversorgung 24/7

Anzahl erforderlicher Eingriffe und Krankheitsbilder

- Die im Regelwerk unter Fortbildungskatalog genannten Kompetenzen werden im Rahmen des Fellowship 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 |
|--|---------|
| Untersuchung von speziellen und sekundären Glaukomformen, neben Patienten mit POWG und Engwinkelglaukom | 100 |
| Trabekulektomie (Goniotrepanation) und nicht penetrierende Verfahren | 100 |
| Minimal trabekuläre Glaukomchirurgie mit Phako | 50 |
| Filtrierende Stents | 40 |
| Cyclodestruktive Verfahren | 10 |
| Drainage-Implantat Chirurgie | 6 |
| Notfallmäßige operative Versorgung von Glaukompatienten (z.B. Iridektomie) | 10 |
| Versorgung mit Revisionseingriff nach Glaukomoperationen | 40 |
| Modulierung der Wundheilung nach Glaukomchirurgie, z.B. Antifibrotika, Anti-VEGF-Inhibitoren | 40 |
| Komplikationsmanagement der Glaukomchirurgie (Theorie, praktisches Vorgehen (konservativ, chirurgisch, mittels Laser)) | 100 |

DOG-/BVA-Fellowship Glaukomchirurgie (Seite 2)

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. 2 Jahren die Voraussetzungen für die Erlangung eines Fellowshipzertifikats zu erlangen.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die o.g. Versorgungseinrichtung ganzjährig eine Notdienstversorgung anbietet.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass für diesen Antrag eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 250 Euro zzgl. 7 % MwSt. anfällt. Rechnungstellung erfolgt nach Einreichung.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Änderungen dieser Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift