

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie

bitte senden an:  
fellowship@dog.org

## Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich mindestens die Menge der für die Ausbildung nötigen OP-Zahlen oder Behandlungen von Krankheitsbildern selbst erbracht habe.

| Inhalt  | Fellow |
|---|--------|
| Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty                      | 50     |
| Perforierende Keratoplastik                                     | 25     |
| Keratoplastik à chaud   | 15     |
| Amnionmembrantransplantation                                    | 25     |
| Versorgung perforierender Verletzungen mit Hornhaut-Beurteilung | 15     |
| Crosslinking  | 15     |
| Phototherapeutische Keratektomie                                | 25     |
| Bindehaut-Operation inkl. Tumor- und Pterygiumexzision          | 40     |
| Eigenständige Spendergewinnungen                                | 50     |

- ich Facharzt für Augenheilkunde bin - seit:
- ich hauptamtlich am o.g. Zentrum tätig bin.
- meine Wochenarbeitszeit mind. 16 h beträgt.
- ich Mitglied von DOG oder BVA bin  
Bitte geben Sie hier die Mitgliedsnummer an:  
DOG: \_\_\_\_\_ BVA: \_\_\_\_\_
- ich über immunologische Grundkenntnisse im Rahmen der Hochrisiko Keratoplastik verfüge.
- ich über Grundkenntnisse des Hornhautbankings verfüge.
- ein EBO-Zertifikat vorliegt (falls zutreffend).
- ich zur Kenntnis genommen habe, dass für diesen Antrag eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 250 Euro zzgl. 7 % MwSt. anfällt. Rechnungstellung erfolgt nach Einreichung.

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

## DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie (Seite 2)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass der o.g. Fellow die Mindestdauer des Fellowship absolviert hat.
- dass der o.g. Fellow über die Gesamtdauer des Fellowship regelmäßig an der Notfallversorgung des Spezialgebietes als erster Operateur teilgenommen hat.
- dem o.g. Fellow den vollständigen Erwerb der erforderlichen Kompetenzen.
- dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass für diesen Antrag eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 150 Euro zzgl. 7 % MwSt. anfällt. Rechnungstellung erfolgt nach Einreichung.
- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und befürworte die Ausstellung des Zertifikats.

Datum

Mentor Name, Vorname

Unterschrift