

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie

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 Behandlungen von Krankheitsbildern selbst erbracht habe.

Inhalt	Mentor
Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty	150
Perforierende Keratoplastik	75
Keratoplastik à chaud	45
Amnionmembrantransplantation	75
Versorgung perforierender Verletzungen mit Hornhaut-Beurteilung	45
Crosslinking	45
Phototherapeutische Keratektomie	75
Bindehaut-Operation inkl. Tumor- und Pterygiumexzision	120
Eigenständige Spendergewinnungen	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: _____
- 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