

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie
Antrag auf Zertifizierung eines Zentrums

bitte senden an:
fellowship@dog.org

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.

Unbedingt erforderlich:

- Endothelzellmessgerät
- Scheimpflug-Tomographie
- Notdienstversorgung 24/7

Optional:

- Gerät zur biomechanischen Evaluierung des Keratokonus
- Konfokales Mikroskop zur in-vivo Evaluierung von komplizierten infektiösen Keratiden
- Vorderabschnitts-OCT

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. Es sollen **folgende Operationen** in den **3 Jahren des Fellowship** erfolgen:

Inhalt	Zentrum
Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty	100
Perforierende Keratoplastik	50
Keratoplastik à chaud	30
Amnionmembrantransplantation	50
Versorgung perforierender Verletzungen mit Hornhaut-Beurteilung	30
Crosslinking	30
Phototherapeutische Keratektomie	50
Bindehaut-Operation inkl. Tumor- und Pterygiumexzision	80
Eigenständige Spendergewinnungen	100

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie (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 3 Jahren die Voraussetzungen für die Erlangung eines Fellowshipzertifikats zu erfüllen.
- 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