

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Uveitis

Antrag auf Zertifizierung eines Mentors

bitte senden an:
fellowship@dog.org

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.

Diagnostik	Mentor
Optische Kohärenztomographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	450
Fluoreszeinangiographien	240
Indozyaninröntgenangiographien	120
Fundus-Autofluoreszenzuntersuchungen	120
B-Bild Echographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	120
Behandlung	
Patienten mit anteriorer Uveitis (alle Formen und Ursachen)	300
Patienten mit intermediärer Uveitis	150
Patienten mit posteriorer bzw. Panuveitis (alle Formen und Ursachen)	150
Patienten mit Episkleritis/Skleritis	90

- im o.g. Zentrum mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 21 Std. beschäftigt bin.
- 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.
- max. bis zu zwei Fellowships gleichzeitig betreue.
- Änderungen der Kriterien unverzüglich der DOG-Geschäftsstelle melde.

Datum

Name, Vorname

Unterschrift