

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Uveitis

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.
 - Die Fortbildung soll an einem etablierten Uveitzentrum erfolgen. Als „Uveitzentrum“ wird eine Einrichtung definiert, welche pro Jahr mindestens 500 Patienten mit entsprechenden Erkrankungen behandelt.
 - 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:

Diagnostik	Zentrum
Optische Kohärenztomographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	300
Fluoreszeinangiographien	160
Indozyaninröntgenangiographien	80
Fundus-Autofluoreszenzuntersuchungen	80
B-Bild Echographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	80
Behandlung	
Patienten mit anteriorer Uveitis (alle Formen und Ursachen)	200
Patienten mit intermediärer Uveitis	100
Patienten mit posteriorer bzw. Panuveitis (alle Formen und Ursachen)	100
Patienten mit Episkleritis/Skleritis	60

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Uveitis (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. 1 Jahr 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