

DOG-/BVA-Fellowship Glaukomchirurgie

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 Krankheitsbilder erbracht habe.

Inhalt	Fellow
Untersuchung von speziellen und sekundären Glaukomformen, neben Patienten mit POWG und Engwinkelglaukom	50
Trabekulektomie (Goniotrepanation) und nicht penetrierende Verfahren	50
Minimal trabekuläre Glaukomchirurgie mit Phako	25
Filtrierende Stents	20
Cyclodestruktive Verfahren	5
Drainage-Implantat Chirurgie	3
Notfallmäßige operative Versorgung von Glaukompatienten (z.B. Iridektomie)	5
Versorgung mit Revisionseingriff nach Glaukomoperationen	20
Modulierung der Wundheilung nach Glaukomchirurgie, z.B. Antifibrotika, Anti-VEGF-Inhibitoren	20
Komplikationsmanagement der Glaukomchirurgie (Theorie, praktisches Vorgehen (konservativ, chirurgisch, mittels Laser))	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:

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

DOG-/BVA-Fellowship Glaukomchirurgie (Seite 2)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- ☐ dass der o.g. Fellow die Minstdauer 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