

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie

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 Behandlungen von Krankheitsbildern selbst erbracht habe.

Inhalt	Fellow
Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty	50
Perforierende Keratoplastik	25
Keratoplastik à chaud	15
Amnionmembrantransplantation	25
Versorgung perforierender Verletzungen mit Hornhaut-Beurteilung	15
Crosslinking	15
Phototherapeutische Keratektomie	25
Bindehaut-Operation inkl. Tumor- und Pterygiumexzision	40
Eigenständige Spendergewinnungen	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: _____
- ☐ ich über immunologische Grundkenntnisse im Rahmen der Hochrisiko Keratoplastik verfüge.
- ☐ ich über Grundkenntnisse des Hornhautbankings verfüge.
- ☐ ein EBO-Zertifikat vorliegt (falls zutreffend).

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

DOG-/BVA-Fellowship Hornhaut-Chirurgie (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