

DOG-/BVA-Fellowship Linsen Chirurgie & Refraktive Chirurgie

Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

bitte senden an:
fellowship@dog.org

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ☐ ich mindestens die unten angegebene Menge der für die Ausbildung nötigen OP-Zahlen oder Krankheitsbilder selbst erbracht habe.

Eingriffe

A) Linsen Chirurgie (Basis)

Inhalt		Fellow
Linsen Chirurgie	Phakoemulsifikation und HKL-Implantation	250
Komplikationsmanagement	Vordere Vitrektomie (limbal, pars plana)	5
	Sulkusimplantation	5

B) Linsen Chirurgie (Advanced)

Linsen Chirurgie	Phakoemulsifikation und HKL-Implantation	300
Schwierige Ausgangssituation	davon	50
	Enge Pupille (z.B. Malyugin-Ring, Iris-Retraktoren)	10
	Harte oder weiße Linse (z.B. Trypanblaufärbung bei Cat. matura)	5
	Schwache Zonulafasern (Kapselspannring)	
IOL-Austausch	davon	20
	Explantation aus dem Kapselsack mit anschl. Rückfaltung, Durchschneiden, Entbindung in toto, gefolgt von der Implantation einer anderen IOL in Sulkus, Kapselsack oder iris-fixiert)	
	Explantation inklusive Kapselsack und retroiridale Irisfixation der IOL	

C) Refraktive Linsen Chirurgie

	Refractive Lens Exchange (RLE)	10
	Torische IOL	10
	Multifokale IOL	10
	Phake IOL	10

DOG-/BVA-Fellowship Linsenchirurgie & Refraktive Chirurgie (Seite 2)

D) Refraktive Laserchirurgie

Oberflächenbehandlungen	LASEK/PRK	50
Interstromale Behandlungen	LASIK*	50
	Laser Lentikel Extraktion*	50
* Die fachliche Spezialisierung in den Bereichen „LASIK“ und/oder „Laser Lentikel Extraktion“ kann abhängig vom Fortbildungszentrum zusammen oder getrennt erworben werden.		

- ☐ 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: _____
- ☐ an von DOG, BVA und DGII anerkannten Kursen entsprechend des Fortbildungskatalogs teilgenommen habe (bitte Nachweis aus den **letzten 3 Jahren** vorlegen – ggf. auch über ergänzende Kurse und Wetlabs)

Datum Fellow Name, Vorname Unterschrift

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