

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Plastisch Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie der okulären Adnexe

Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

bitte senden an:
fellowship@dog.org

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

☐ ich die unten angegebene Zahl im Fellowshipzeitraum erfüllt habe.

Inhalt	Fellow
1. Anatomie des Auges unter Einbeziehung von Präparierübungen der Orbita und der Periorbitalregion	8 Std.
2. Diagnose und Differentialdiagnose von seltenen Erkrankungen der Augenlider, Tränenwege und Orbita	4 Std.
3. Rekonstruktive und ästhetisch-plastische Operationen, die über die Anforderungen der regulären Facharztfortbildung hinausgehen.	16 Std.
4. Chirurgische und konservative Behandlung und Nachbehandlung von kongenitalen und erworbenem Anophthalmus einschließlich Kenntnisse über Möglichkeiten prothetischer Versorgung	2 Std.
5. Chirurgische Rehabilitation bei schweren Formen der endokrinen Orbitopathie	2 Std.
6. Lokal- und Regionalanästhesie in der Periorbitalregion	1 Std.
7. Nachbehandlung nach diesen operativen Eingriffen	2 Std.
8. Komplikations- und Notfallmanagement	3 Std.
9. Patientenaufklärung, Dokumentation der oben aufgeführten Eingriffe	2 Std.
10. Nach freier Wahl aus den o.g. Themen	20 Std.
Gesamt	60 Std.

Diagnostische Maßnahmen	Fellow
CT-Beurteilung der Orbita	20
MRT-Beurteilung der Orbita	20
Ultraschall der Orbita (Eigenständige Durchführung von B-Bild-Sonographien)	20
Bildgebende Untersuchungen der Tränenwege (CT, MRT, Dakryozystographie, Hochfrequenzultraschall)*	20
Endoskopie endonasal (Durchführung und Beurteilung)*	10
Endoskopie transkanalikulär (Durchführung und Beurteilung)*	10
Tumorboardteilnahme	10
Notfallversorgung an Lidern, Tränenwegen, Orbita davon mindestens 5 Orbitaverletzungen	10

* können in Kooperation mit Nachbarfächern (MKG, HNO) oder anderen Augenkliniken erworben werden.

Behandlungen insgesamt	Fellow
Endokrine Orbitopathie	30
Andere entzündliche Orbitaerkrankungen	5

Eingriffe insgesamt	Fellow
a. Lidfehlstellungen, davon	90
Korrektur komplizierter Entropien (Narbenentropien, Entropium-Rezidive)	15

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Plastisch Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie der okulären Adnexe (Seite 2)

	Korrektur komplizierter Ektropien (Narben-Ektropium, ausgedehntes mediales Ektropium, Rezidive)	15
	Ptosisoperationen (Levatorreinsertionen und -resektionen)	20
	Lidverlängernde Eingriffe (Ober- und Untertitel)	10
	Andere	30
b. Tumorchirurgie	Histologisch kontrollierte Exzision ausgedehnter maligner Lid- und periorbitaler Tumoren (z.B. Basalium, Plattenepithel-Ca, Talgdrüsen-CA)	40
c. Lidrekonstruktion	Nach Tumoresektion, Trauma oder kongenitalen Defekten	60
	<i>davon</i>	
	Rekonstruktion ausgedehnter durchgreifender Defekte des Unterlids (>50% der Lidkante)	20
	Andere	40
d. Ästhetische Eingriffe, <i>davon</i>		70
	Oberlidblepharoplastik	40
	Unterlidblepharoplastik	10
	Andere, z.B. Botulinumtoxin, Laser	20
e. Tränenwegseingriffe, <i>davon</i>		25
	Dakryozystorhinostomie	5
	Versorgung von Tränenwegsverletzungen	5
	Tränenwegsintubationen	15
f. Orbitaoperationen, <i>davon</i>		15
	Enukleationen mit Orbitaimplantat	5
	Andere	10
Gesamt		300

☐ 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 an von DOG und BVA oder äquivalenten internationalen (entsprechend ESOPRS-Qualität) Fortbildungsveranstaltungen entsprechend des Fortbildungskatalogs teilgenommen habe (bitte Nachweis aus den **letzten 3 Jahren** vorlegen)

ein EBO-Subspecialty Examen bereits absolviert wurde (falls zutreffend).

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Plastisch Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie der okulären Adnexe (Seite 3)

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