

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Uveitis

Antrag auf Zertifizierung eines Fellows

bitte senden an:
fellowship@dog.org

Name Versorgungseinrichtung:

Name Fellow:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

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

Diagnostik	Fellow
Optische Kohärenztomographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	150
Fluoreszeinangiographien	80
Indozyanin grünangiographien	40
Fundus-Autofluoreszenzuntersuchungen	40
B-Bild Echographien bei Patienten mit Uveitis oder Skleritis	40
Behandlung	
Patienten mit anteriorer Uveitis (alle Formen und Ursachen)	100
Patienten mit intermediärer Uveitis	50
Patienten mit posteriorer bzw. Panuveitis (alle Formen und Ursachen)	50
Patienten mit Episkleritis/Skleritis	30

- ☐ 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 zwei Qualifikationskursen der Sektion DOG-Uveitis teilgenommen habe (kann auch bereits vor Antritt des Fellowships erfolgt sein).

Datum

Fellow Name, Vorname

Unterschrift

DOG-/BVA-Fellowship Spezielle Uveitis (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