

Gemeinsame Zertifizierungskommission der DGfE und der AG für prächirurgische Diagnostik und operative Epilepsie therapie

Anlage zum Antrag auf Zertifizierung als Epilepsiezentrum

Zertifizierungsrelevante Merkmale der Institution bez. Epilepsiezentrum
Personelle/aparative Voraussetzungen für EZ mit Spezialisierung für Epilepsiechirurgie nach den Vorgaben von DGfE und AG Epilepsiechirurgie

Institution:

Leitende/r Arzt/Ärztin:

Facharzt für: _____ Zertifikate der: DGfE und AG ja/nein

Merkmal	Anzahl an Patienten/Leistungen/Jahr, Qualifizierung
Epi-Ambulanz	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Stationäre Epipat.	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
EEG-Bereitschaftsdienst?	Ja/nein:
Fachärzte im Epilepsieteam	Neurologen: Neuropädiater:
Davon mit epil. Spezialkenntnissen entspr. Zertifikat d. DGfE oder der AG Anzahl, Name/n	Neurologen mit Zert. Epileptologie plus: ____ mit Zertifikat der AG: ____ Name/n: Pädiater mit Zert. Epileptologie plus: ____ mit Zertifikat der AG: ____ Name/n: Psychologen mit Zertifikat der AG oder GNP: ____ Name/n: Sozialarbeiter mit epil. Spezialkenntnissen: ____ Neurochirurgen mit Zertifikat der AG: ____ Name/n: MTA-F mit Zertifikat der AG: ____ Namen/n: Pflegerkräfte mit Zusatzausbildung ____ mit Zertifikat der AG: ____ Name/n:
Verfügbarkeit von Fachärzten anderer Fächer mit epileptologische Expertise vor Ort	Neuroradiologie: ja/nein: ggf. Name/n: Nuklearmedizin: ja/nein, ggf. Name/n: Psychiatrie/Nervenheilkunde: ja/nein, ggf. Name/n:
Verfügbarkeit von Konsiliarärzten	Innere Medizin: ja/nein: ggf. Name/n oder Abteilung: Pädiatrie: ja/nein, ggf. Name/n oder Abteilung: Allgemeinchirurgie: ja/nein, ggf. Name/n oder Abteilung: Gynäkologie: ja/nein, ggf. Name/n oder Abteilung: Dermatologie: ja/nein, ggf. Name/n oder Abteilung:

Ergotherapeuten	ja/nein: ggf. Name/n:
Logopäden	ja/nein: ggf. Name/n:
Krankengymnasten	ja/nein: ggf. Name/n:
Heilpädagogen	ja/nein: ggf. Name/n:
Ingenieur o.a. EEG-Anlagen	oder anderweitiger Spezialist zur Betreuung der EEG-Anlagen. ja/nein: ggf. Name/n:
MTA-F?	Anzahl: Schichtdienst ja/nein: ggf. wieviele Schichten 2 oder 3
Digitales Routine EEG	Geräte : Kanäle/Gerät:
Video-EEG	Geräte: Kanäle/Gerät:
Prächirurgische Diagnostiken	Anzahl/J 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Mit intrakraniellen Elektroden	Anzahl/J 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Epilepsiechirurgische Resektionen/J	Anzahl/J 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009: temporal: % extratemporal: % Diskonnektierende Eingriffe: ja/nein
VNS-Implantationen	Ja/nein: ggf. Anzahl/J 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Standardisiertes Post- operatives Follow up	Ja/nein; ggf. für wieviele Jahre: Was wird jeweils gemacht: EEG, Neurol Unt., MRT, Neuropsych Testung, Psychiatrische NU (zutreffendes einkreisen)
Komplexbehandlung schwerb. Epilepsie	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
MRT hochauflösend	MRT ja/nein, Tesla: , wenn nein wo:
Labor: AED-Spiegel	Substanzen: CBZ, DHP, VPA, PB, ESM, PRM, LEV, LTG, TPM, andere: Verfügbare Substanz-Spiegel bitte einkreisen.
Intraoop. Elektrokortikographie	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Wada-Tests	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
Iktales SPECT	Ja/nein, falls ja Anzahl/J: 2004: 2005: 2006: 2007: 2008: 2009:
PET	Vor Ort? Ja/nein, wenn nein ggf: wo gemacht:

Diese Angaben werden ggf. stichpunktartig oder vor Ort überprüft.

Für die Richtigkeit der o.g. Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel