

## Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen

von der DGfE auszufüllen

- Antrag auf Zertifizierung als**
- Epilepsieambulanz
  - Epilepsie-Schwerpunktpraxis
- Behandelte Altersgruppe**
- Kinder & Jugendliche
  - Erwachsene

Eingang des  
Antrags in der  
DGfE  
Geschäftsstelle

Datum:

### 1. Beantragende Einrichtung:

**Abteilung**

**Straße**

**PLZ Ort**

**Antragsart**

- Neuantrag
- Verlängerungsantrag
- Änderungsantrag

Grund der Änderung

**Organisationsform**

- MVZ<sup>1</sup>
- MZEB<sup>3</sup>
- Hochschulambulanz
- Ambulanz n. §116b
- Andere
- SPZ<sup>2</sup>
- Institutsambulanz
- Integrierte Versorgung<sup>4</sup>
- Praxis  n.§116b

### 2. Antragsteller/in

Titel/Name

Zertifikat Epileptologie<sup>6</sup>

**Funktion:**

- Ambulanz- oder
- Praxisleiter/in
- KV-Sitz-Inhaber
- Administrative(r)  
Leiter/in

**Facharzt für**

- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin
- Schwerpunktbezeichnung  
Neuropädiatrie

Sonstiges / Kommentar

- Kein Zertifikat
- Zertifikat EPI,  
befristet bis

Datum:

**Vertretende/r Ärztin/Arzt**  
(Fakultativ bei SSP)

Titel/Name

Zertifikat Epileptologie

**Funktion/Qualifikation: Facharzt für**

- Oberärztin / Oberarzt
- Fachärztin / Facharzt
- Assistenzärztin / Assis-  
tenzarzt
- Neurologie
- Nervenheilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin
- Schwerpunktbezeichnung  
Neuropädiatrie

- Kein Zertifikat
- Zertifikat EPI,  
befristet bis

Datum:

Telefon (Antragsteller)

FAX (Antragsteller)

E-Mail 1

E-Mail 2

URL

Soziale Netzwerke  
(z.B. facebook)

Veröffentlichen<sup>5</sup>

Veröffentlichen<sup>5</sup>

Veröffentlichen<sup>5</sup>

Veröffentlichen<sup>5</sup>

- URL korrekt  
geprüft

Kommentar:

<sup>1</sup>MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum; <sup>2</sup>SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; <sup>3</sup>MZEB: Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen; <sup>4</sup>§144 SGBV; <sup>5</sup>Homepage d. DGfE;

## 3. Voraussetzungen

### 3.1 Standort(e) und Sprechzeiten\*

\*Epilepsieambulanzen müssen an mindestens an 2 halben Tagen in der Woche Sprechzeiten anbieten.

#### Standort 1

wie in Punkt 2 angegeben

Von Punkt 2 abweichende Einrichtung oder Zweigpraxis

Von Punkt 2 abweichende Adresse

Von Punkt 2 abweichende Telefonnummer (z.B. f. Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende FAX-Nummer (z.B. für Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende E-Mail-Adresse

#### Sprechzeiten: (Wochentag, Uhrzeit)

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

Sonstige Angaben zu Sprechzeiten

#### Standort 2 (falls vorhanden)

Von Punkt 2 abweichende Einrichtung oder Zweigpraxis

Von Punkt 2 abweichende Adresse

Von Punkt 2 abweichende Telefonnummer (z.B. f. Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende FAX-Nummer (z.B. für Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende E-Mail-Adresse

#### Sprechzeiten: (Wochentag, Uhrzeit)

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

Sonstige Angaben zu Sprechzeiten

#### Standort 3 (falls vorhanden)

Von Punkt 2 abweichende Einrichtung oder Zweigpraxis

Von Punkt 2 abweichende Adresse

Von Punkt 2 abweichende Telefonnummer (z.B. f. Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende FAX-Nummer (z.B. für Terminabsprachen)

Von Punkt 2 abweichende E-Mail-Adresse

#### Sprechzeiten: (Wochentag, Uhrzeit)

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

bis Uhr

Sonstige Angaben zu Sprechzeiten

3.1 erfüllt

3.1. nicht erfüllt

Kommentar:

\_\_\_\_\_

## Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen

von der DGfE auszufüllen

### 3.2 EEG-Ableiteeinheit gemäß DGKN-Standard am Ort der Sprechstunde<sup>6,7</sup>

- Vorhanden  
 Nicht vorhanden

- 3.2 erfüllt  
 3.2 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

### 3.3 Video-EEG Langzeitableitung<sup>6,7</sup>

- Ableitung an der Einrichtung vorhanden  
 Kooperation über folgende regionale / überregionale, stationäre Epilepsieabteilung:

Einrichtung/Adresse

- Keine Verfügbarkeit einer Video-EEG Langzeitableitung

Kommentar

- 3.3 erfüllt  
 3.3 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

### 3.4 Verfügbarkeit von- oder Kooperation mit **radiologischen Einrichtungen** mit hinreichender Expertise und apparativer Ausstattung (mind. 1,5 T) zur Anfertigungen von **cmRT** nach standardisierten **Epilepsieprotokollen**<sup>6,7</sup>

- MRT-Abteilung an der Einrichtung vorhanden  
 Kooperation über folgende regionale / überregionale radiologische Einrichtung:

Einrichtung/Adresse

- Keine Verfügbarkeit qualitativ hinreichenden MRT-Diagnostik

Kommentar

- 3.4 erfüllt  
 3.4 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

### 3.5 Verfügbarkeit neuropsychologischer Testungen

In **Epilepsieambulanzen** ist die apparative und personelle Verfügbarkeit neuropsychologischer Testungen in der Einrichtung obligate Voraussetzung. In **Schwerpunktpraxen** können neuropsychologische Testungen vor Ort oder über Kooperationen mit regionalen / überregionale Epilepsieabteilung(en) erfolgen.

- Verfügbarkeit eines/r **Psychologen/In** (Diplompsychologe/In, Master of Science in Psychologie oder vergleichbarer Abschluss) an der Einrichtung  
 Kooperation über folgende regionale / überregionale, stationäre Epilepsieabteilung:

Einrichtung/Adresse

- Keine Verfügbarkeit einer neuropsychologischen Testung

Kommentar

- 3.5 erfüllt  
 3.5 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

### 3.6 Möglichkeit zur **Blutentnahme** und zur Bestimmung von **Medikamentenspiegeln** sowie weiterer relevanter **Laborparameter** über einrichtungsinterne oder affilierte Labore<sup>6,7</sup>

- Vorhanden  
 Nicht vorhanden

Kommentar

- 3.6 erfüllt  
 3.6 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

### 3.7 Vorhandensein von technischen, strukturellen und medizinischen **Voraussetzungen** für eine **qualifizierte Erste Hilfe** im Falle akuter epileptischer Anfälle<sup>6,7</sup>

- Die Voraussetzungen für eine qualifizierte Erste Hilfe sind vorhanden.  
 Die Voraussetzungen für eine qualifizierte Erste Hilfe sind nicht vorhanden.

Kommentar

- 3.7 erfüllt  
 3.7 nicht erfüllt  
Kommentar:  
\_\_\_\_\_

## Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen

von der DGfE auszufüllen

### 3.8 Barrierefreie Erreichbarkeit<sup>6,7</sup>

- Vorhanden  Nicht vorhanden

Kommentar

- 3.8 erfüllt  
 3.8 nicht erfüllt

Kommentar:

\_\_\_\_\_

### 3.9 Verfügbarkeit eines/einer Epilepsiefachassistenten/in<sup>8</sup>

- Vorhanden  Nicht vorhanden

### 3.10 Qualifikation Verkehrsmedizinische Begutachtung<sup>8</sup>

- Antragsteller/in  Qualifikation liegt nicht vor  
 Vertreter/in

### 3.11 Verfügbarkeit eines/r Sozialarbeiter/In (Diplom-Sozialpädagoge/in, Sozialarbeiter/in, Bachelor of Arts Soziale Arbeit, Master of Arts Soziale Arbeit oder vergleichbarer Abschluss)<sup>6</sup>

- Vorhanden  Nicht vorhanden

Kommentar

- 3.11 erfüllt  
 3.11 nicht erfüllt

Kommentar:

\_\_\_\_\_

### 3.12 Verfügbarkeit eines/einer Psychiater/In in der Einrichtung oder Kooperation mit psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Praxen o. vergleichbaren Einrichtungen<sup>6,7</sup>

- Vorhanden  Nicht vorhanden

Kommentar

- 3.12 erfüllt  
 3.12 nicht erfüllt

Kommentar:

\_\_\_\_\_

### 3.13 Kapazität

Die Mindestkapazität für die Anerkennung als Epilepsieambulanz sind pro Kalenderjahr 500 Patientenkonsultationen (Erst- oder Folgekontakte) oder 250 Erstkonsultationen, jeweils aufgrund einer Anfallserkrankung. Die Mindestkapazität für Epilepsieambulanzen mit mehreren Standorten beträgt für alle eingeschlossenen Standorte zusammen jährlich 600 Patientenkontakte der 300 Erstkontakte.

Für die Anerkennung als Schwerpunktpraxis für erwachsene Patienten müssen pro Quartal mindestens 100 Patienten mit Anfallserkrankungen (ICD 10: G40.-, G41.-, R56.8, R55, F44.5, P90) behandelt werden. Für die Anerkennung als pädiatrische Schwerpunktpraxis ist eine Mindestkapazität von 50 Patienten mit Anfallserkrankungen (s.o.) pro Quartal notwendig. Der Nachweis der Fallzahlen soll durch die ICD-Diagnosenstatistik der Praxissoftware belegt werden.

Standort 1	<input type="text"/> Erstkontakte	<input type="text"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="text"/> Folgekontakte	
Standort 2	<input type="text"/> Erstkontakte	<input type="text"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="text"/> Folgekontakte	
Standort 3	<input type="text"/> Erstkontakte	<input type="text"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="text"/> Folgekontakte	

Summe

\_\_\_\_\_ Erstkontakte

\_\_\_\_\_ Folgekontakte

\_\_\_\_\_ Erst-/Folgekont.

- 3.13 erfüllt  
 3.13 nicht erfüllt

Kommentar:

\_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen des/der Antragstellers/In zum Antrag:



Unterschrift / Stempel (Antragsteller/In)

Unterschrift / Stempel (Antragsteller/In)

Kommentare DGfE:

Votum / Procedere (DGfE):  Zertifizieren bis Ablauf des Zertifikates Epileptologie des/der Antragstellers/In.

Datum \_\_\_\_\_ Sonstiges Procedere: \_\_\_\_\_

Bitte nutzen Sie für Ihre Signatur und den Versand des Antrags die von der DGfE bevorzugte elektronische Unterschrift. Verwenden Sie hierzu in Adobe Acrobat die Funktion Ausfüllen und Unterschreiben (bei Acrobat XI oben in der Leiste, bei Acrobat DC rechts). Der Versand des elektronisch signierten Antrags erfolgt per eMail, indem Sie die PDF-Datei abspeichern und als Anhang an „office-dgfe.org“ senden.

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V., Geschäftsstelle - Frau Kerstin Gnau  
c/o Klinik für Neurologie, Epilepsiezentrum Hessen  
Philipps-Universität Marburg  
Baldingerstraße, 35033 Marburg

E-Mail: office@dgfe.org, Tel. 030/23 13 23 01, Fax 06421/58 65 444

Obligate Voraussetzung f. Epilepsieambulanzen<sup>6</sup> und Schwerpunktpraxen<sup>7</sup>;

<sup>8</sup>Fakultative Voraussetzung