Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V.

Antragsformular AG Ambulante Epileptologie

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[1]
- ☐ SPZ[2]
- ☐ MZEB[3]
- ☐ Institutsambulanz
- ☐ Hochschulambulanz
- ☐ Integrierte Versorgung[4]
- ☐ Ambulanz n. §116b
- ☐ Praxis ☐ n.§116b
- ☐ Andere

2. Antragsteller/in

Titel/Name

☐ Zertifikat Epileptologie[6]

☐ Kein Zertifikat
☐ Zertifikat EPI, befristet bis
Datum: _____

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

Facharzt für
- ☐ Neurologie
- ☐ Nervenheilkunde
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin
- ☐ Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie

Sonstiges / Kommentar

Vertretende/r Ärztin/Arzt
(Fakultativ bei SSP)

Titel/Name

☐ Zertifikat Epileptologie

☐ Kein Zertifikat
☐ Zertifikat EPI, befristet bis
Datum: _____

Funktion/Qualifikation:
- ☐ Oberärtzin / Oberarzt
- ☐ Fachärztin / Facharzt
- ☐ Assistenzärztin / Assistenzarzt

Facharzt für
- ☐ Neurologie
- ☐ Nervenheilkunde
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin
- ☐ Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie

Telefon (Antragsteller)		☐ Veröffentlichen[5]
FAX (Antragsteller)		☐ Veröffentlichen[5]
E-Mail 1		☐ Veröffentlichen[5]
E-Mail 2		☐ Veröffentlichen[5]
URL		
Soziale Netzwerke (z.B. facebook)		

☐ URL korrekt geprüft

Kommentar:

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

Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen

von der DGfE auszufüllen

3. Voraussetzungen

3.1 Standort(e) und Sprechzeiten*

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

☐ 3.1 erfüllt

☐ 3.1. nicht erfüllt

Kommentar:

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

Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen	von der DGfE auszufüllen

3.2 EEG-Ableiteeinheit gemäß DGKN-Standard am Ort der Sprechstunde[6,7]

- ☐ Vorhanden
- ☐ Nicht vorhanden

☐ 3.2 erfüllt
☐ 3.2 nicht erfüllt
Kommentar:

3.3 Video-EEG Langzeitableitung[6,7]

- ☐ 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**[6,7]

- ☐ 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 **Medikamentenserumspiegeln** sowie weiterer relevanter **Laborparameter** über einrichtungsinterne oder affiliierte Labore[6,7]

- ☐ 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[6,7]

- ☐ 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:

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie e.V.

Antragsformular AG Ambulante Epileptologie

Vom Antragssteller / von der Antragstellerin auszufüllen

von der DGfE auszufüllen

3.8 Barrierefreie Erreichbarkeit[6,7]

☐ Vorhanden ☐ Nicht vorhanden

Kommentar

☐ 3.8 erfüllt
☐ 3.8 nicht erfüllt
Kommentar:

3.9 Verfügbarkeit eines/einer Epilepsiefachassistenten/in[8]

☐ Vorhanden ☐ Nicht vorhanden

3.10 Qualifikation Verkehrsmedizinische Begutachtung[8]

☐ 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)[6]

☐ 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[6,7]

☐ 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		Erstkontakte		Erst- oder Folgekontakte
		Folgekontakte		
Standort 2		Erstkontakte		Erst- oder Folgekontakte
		Folgekontakte		
Standort 3		Erstkontakte		Erst- oder Folgekontakte
		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 Prozedere:

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[6] und Schwerpunkt-praxen[7];

[8]Fakultative Voraussetzung