

Gemeinsame Zertifizierungskommission von
DGfE und AG für prächirurgische Epilepsiediagnostik und operative Epilepsitherapie

Anlage zum Antrag auf Zertifizierung als Epilepsiezentrum, Stand: 01.08.2013

Beantragende Institution (mit Adresse):

Leitende/r Arzt/Ärztin:

Facharzt/Fachärztin Ja, für: _____
 Nein

Zertifikate der DGfE: Ja, für
 Nein

Zertifikate der AG: Ja, für
 Nein

Zertifizierungsrelevante Merkmale der Institution bzw. Epilepsiezentrum*

Personelle/apparative Voraussetzungen nach Vorgaben der gemeinsamen Zertifizierungskommission für Epilepsiezentren mit Spezialisierung für Epilepsiechirurgie

*Diese Angaben werden ggf. stichpunktartig oder vor Ort überprüft.

Merkmals	Ja	Nein	Falls „Ja“, Anzahl an Patienten/Leistungen pro Jahr (je letzte 5 Jahre + lfd. Jahr aktuelle Anzahl):
Epilepsieambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
Stationäre Epilepsiepatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
Komplexbehandlung Schwerbehandelbare Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
VNS-Implantationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
Epilepsiechirurgische Resektionen			2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr: Temporal: %; Extratemporal: %; Diskonnektierende Eingriffe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Intraoperative Elektrokortikographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:

Merkmal	Ja	Nein	Falls „Ja“, Anzahl an Patienten/Leistungen pro Jahr (je letzte 5 Jahre + lfd. Jahr aktuelle Anzahl):
Prächirurgische Diagnostiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
-mit intrakraniellen Elektroden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
- mit Stereo-EEG-Elektroden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
- Wada - Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
- Iktales SPECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 Lfd. Jahr:
-PET (vor Ort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn „nein“ ggf. Ort der Durchführung:
-MRT hochauflösend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tesla: , und wenn „nein“ Ort der Durchführung:
Digit. Routine-EEG			Anzahl Geräte: ; Kanäle/Gerät:
Video-EEG			Anzahl Geräte: ; Kanäle/Gerät:
Labor: AED-Spiegel			Verfügbare Substanz-Spiegel angeben: <input type="checkbox"/> CBZ; <input type="checkbox"/> DHP; <input type="checkbox"/> ESM; <input type="checkbox"/> LEV; <input type="checkbox"/> LTG; <input type="checkbox"/> PB; <input type="checkbox"/> PRM <input type="checkbox"/> VPA; weitere:
Standardisiertes postoperatives Follow up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ggf. für wie viele Jahre: ; Was wird jeweils gemacht: <input type="checkbox"/> EEG; <input type="checkbox"/> Neurologische Untersuchung; <input type="checkbox"/> MRT; <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Testung; <input type="checkbox"/> Psychiatrische NU <input type="checkbox"/>
EEG-Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MTA-F?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-Schichtdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls „ja“: wie viele Schichten <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3;
Ingenieur oder anderweitiger Spezialist zur Betreuung der EEG-Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falls „ja“: Name/n Person/Firma:

Merkmal	Ja	Nein	Falls „ja“, Angabe Name/n oder Abteilung
Fachärzte im Team			FA/FÄ für Neurologie: FA/FÄ für Neuropädiatrie:
Mitarbeiter mit epileptischen Spezialkenntnissen entspr. Zertifikat von DGfE oder AG (Anzahl, Name/n)			FA/FÄ f. <u>Neurologie</u> Zert. Epileptologie plus: ; Zert. der AG: Name/n: FA/FÄ f. <u>Pädiatrie</u> Zert. Epileptologie plus: ; Zert. der AG: Name/n: <u>Psycholog:in</u> Zert. der AG: ; der GNP: Name/n: <u>Sozialarbeiter:in</u> mit epil. Spezialkenntnissen: Name/n: FA/FÄ f. <u>Neurochirurgie</u> Zert. der AG: Name/n: <u>MTF</u> Zert. der AG: Name/n: <u>Pflegekräfte</u> mit Zusatzausbildung ; Zert. der AG: Name/n:
Verfügbarkeit von Fachärzten anderer Fächer mit epileptologischer Expertise vor Ort:			
- Neuroradiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Psychiatrie/ Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verfügbarkeit von Konsiliarärzten:			
- Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Allgemeinchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Dermatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Logopäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Heilpädagogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Für die Richtigkeit der o. g. Angaben:

Ort, Datum:

Name, Stempel und Unterschrift: