Gemeinsame Zertifizierungskommission von

 DGfE und AG für prächirurgische Epilepsiediagnostik und operative Epilepsietherapie

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.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Merkmal** | Ja | Nein | **Falls „Ja“, Anzahl an Patienten/Leistungen pro Jahr (je letzte 5 Jahre + lfd. Jahr aktuelle Anzahl):** |  |
| **Epilepsieambulanz** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |  |
| **Stationäre Epilepsiepatienten** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |  |
| **Komplexbehandlung****Schwerbehandelbare Epilepsie** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |  |
| **VNS-Implantationen** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |  |
| **Epilepsiechirurgische Resektionen** |  |  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:      Temporal:      %; Extratemporal:      %; Diskonnektierende Eingriffe: [ ] Ja [ ] Nein |  |
| **Intraoperative Elektrokortikographie** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Merkmal** | Ja | Nein | **Falls „Ja“, Anzahl an Patienten/Leistungen pro Jahr (je letzte 5 Jahre + lfd. Jahr aktuelle Anzahl):** |
| **Prächirurgische Diagnostiken** | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |
| -mit intrakraniellen Elektroden | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |
| - mit Stereo-EEG-Elektroden | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |
| - Wada - Test | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |
| - Iktales SPECT | [ ]  | [ ]  |       -      -      -       -      Lfd. Jahr:       |
| -PET (vor Ort) | [ ]  | [ ]  | Wenn „nein“ ggf. Ort der Durchführung:       |
| -MRT hochauflösend | [ ]  | [ ]  | 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: [ ]  CBZ; [ ]  DHP; [ ]  ESM;[ ]  LEV; [ ]  LTG; [ ]  PB; [ ]  PRM[ ]  VPA; weitere:        |
| **Standardisiertes postoperatives Follow up** | [ ]  | [ ]  | Ggf. für wie viele Jahre:      ; Was wird jeweils gemacht:[ ]  EEG; [ ]  Neurologische Untersuchung; [ ]  MRT; [ ]  Neuropsychologische Testung; [ ]  Psychiatrische NU[ ]        |
| **EEG-Bereitschaftsdienst** | [ ]  | [ ]  |       |
| **MTA-F?** | [ ]  | [ ]  |       |
| -Schichtdienst | [ ]  | [ ]  | Falls „ja“: wie viele Schichten [ ]  2; [ ]  3;       |
| **Ingenieur oder anderweitiger Spezialist zur Betreuung der EEG-Anlagen** | [ ]  | [ ]  | Falls „ja“: Name/n Person/Firma:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Merkmal** | Ja | Nein | **Falls „ja“, Angabe Name/n oder Abteilung** |
| **Fachärzte Epi-Team** |  |  | Anzahl Neurologen:      ; Neuropädiater:       |
| **Mitarbeiter mit epileptischen Spezialkenntnissen entspr. Zertifikat von DGfE oder AG (Anzahl, Name/n)** |  |  | Neurologen Zert. Epileptologie plus:      ; Zert. der AG:       Name/n:      Pädiater Zert. Epileptologie plus:      ; Zert. der AG:       Name/n:      Psychologen Zert. der AG:      ; der GNP:      Name/n:      Sozialarbeiter mit epil. Spezialkenntnissen:      Name/n:      Neurochirurgen Zert. der AG:      Name/n:      MTA-F Zert. der AG:       Name/n:      Pflegekräfte mit Zusatzausbildung      ; Zert. der AG:      Name/n:       |
| **Verfügbarkeit von Fachärzten anderer Fächer mit epileptologischer Expertise vor Ort:** |  |  |  |
| - Neuroradiologie | [ ]  | [ ]  |       |
| - Nuklearmedizin | [ ]  | [ ]  |       |
| - Psychiatrie/Nervenheilkunde | [ ]  | [ ]  |       |
| **Verfügbarkeit von Konsiliarärzten:** |  |  |  |
| - Innere Medizin | [ ]  | [ ]  |       |
| - Pädiatrie | [ ]  | [ ]  |       |
| - Allgemeinchirurgie | [ ]  | [ ]  |       |
| - Gynäkologie | [ ]  | [ ]  |       |
| - Dermatologie | [ ]  | [ ]  |       |
| - Ergotherapeuten | [ ]  | [ ]  |       |
| - Logopäden  | [ ]  | [ ]  |       |
| - Physiotherapeuten | [ ]  | [ ]  |       |
| - Heilpädagogen | [ ]  | [ ]  |       |

**Für die Richtigkeit der o. g. Angaben:**

**Ort, Datum:**

**Name, Stempel und Unterschrift:**