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:**