

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

- MVZ¹
- MZEB³
- Hochschulambulanz
- Ambulanz n. §116b
- Andere
- SPZ²
- Institutsambulanz
- Integrierte Versorgung⁴
- Praxis n.§116b

2. Antragsteller/in

Titel/Name

Zertifikat Epileptologie⁶

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)

Veröffentlichen⁵

Veröffentlichen⁵

Veröffentlichen⁵

Veröffentlichen⁵

- URL korrekt
geprüft

Kommentar:

¹MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum; ²SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum; ³MZEB: Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen; ⁴§144 SGBV; ⁵Homepage 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^{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 **Medikamentenspiegeln** sowie weiterer relevanter **Laborparameter** über einrichtungsinterne oder affilierte 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:

Vom Antragsteller / 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/in⁸

- Vorhanden Nicht vorhanden

3.10 Qualifikation Verkehrsmedizinische Begutachtung⁸

- Antragsteller/in Qualifikation liegt nicht vor
 Vertreter/in

- 3.11 erfüllt
 3.11 nicht erfüllt

Kommentar:

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

- 3.12 erfüllt
 3.12 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

Summe

_____ Erstkontakte
_____ Folgekontakte
_____ Erst-/Folgekont.

- 3.13 erfüllt
 3.13 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="checkbox"/> Erstkontakte	<input type="checkbox"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="checkbox"/> Folgekontakte	
Standort 2	<input type="checkbox"/> Erstkontakte	<input type="checkbox"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="checkbox"/> Folgekontakte	
Standort 3	<input type="checkbox"/> Erstkontakte	<input type="checkbox"/> Erst- oder Folgekontakte
	<input type="checkbox"/> Folgekontakte	

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.info“ senden.

In Ausnahmefällen kann der Antrag manuell signiert werden. Faxen Sie dann bitte den unterschriebenen Antrag an die Geschäftsstelle der DGfE (FAX Nr. 0700/13 14 13 99) und schicken zusätzlich eine nicht unterschriebene Version dieser pdf-Datei an „office@dgfe.info“. Zur Bearbeitung Ihres Antrags wird in jedem Fall eine pdf-Version Ihres Antrags benötigt.

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGfE)
Reinhardtstr. 27C
10117 Berlin
FAX: 0700/13 14 13 99

Obligate Voraussetzung f. Epilepsieambulanzen⁶ und Schwerpunktpraxen⁷;

⁸Fakultative Voraussetzung