



Ansuchen für das Zertifikat „Epilepsieambulanz“ der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie (ÖGfE)

An das Sekretariat der
Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie (ÖGfE)
Hermannsgasse 18/1/4
1070 Wien

T: +43 (0)1 890 3474
F: +43 (0)1 890 3474-25
Email: ogfe@studio12.co.at

Antrag auf

Erstaussstellung Verlängerung

des Zertifikates „Epilepsieambulanz“ der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie
(ÖGfE) für die Altersgruppe

Kinder und Jugendliche Erwachsene

1. Beantragende Einrichtung:

Bezeichnung der Ambulanz: _____

Fachrichtung: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

Homepage: _____

2. Antragsteller/In/Innen:

Leitende/r Ärztin/Arzt:

Titel: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Funktion: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

- Fachärztin/Facharzt für Neurologie (Facharztzeugnis in Kopie beilegen) oder
- Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Facharztzeugnis in Kopie beilegen) oder
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Additivfacharzt für Neuropädiatrie (Facharztzeugnis sowie Additivfacharztbestätigung in Kopie beilegen)
- „Zertifikat Epileptologie Plus“ der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie (ÖGfE) – Zertifikat in Kopie beilegen

Vertretende/r Ärztin/Arzt:

Titel: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Funktion: _____

Tel: _____

Fax: _____

Email: _____

- Fachärztin/Facharzt für Neurologie (Facharztzeugnis in Kopie beilegen) oder
- Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Facharztzeugnis in Kopie beilegen) oder
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (Facharztzeugnis in Kopie beilegen, bei zusätzlicher Additivfacharztausbildung für Neuropädiatrie Bestätigung in Kopie beilegen)
- Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Neurologie

- Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- Zertifikat EEG der Österreichischen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (Kopie nur nötig, wenn vertretende/r Ärztin/ Arzt nicht Inhaber des Zertifikates Epileptologie Plus ist)
- „Zertifikat Epileptologie Plus“ der Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie (ÖGfE) – Zertifikat in Kopie beilegen
- Nachweis der mindestens 2-jährigen Tätigkeit an einer Epilepsie-Ambulanz als selbständige/r Mitarbeiter/In (formlose Bestätigung durch leitende/n Ärztin/Arzt beilegen)

3. Voraussetzungen:

3.1 Sprechstunden (an mindesten zwei halben Tagen einer Woche):

_____ (Tag), _____ bis _____ (Uhr)
_____ (Tag), _____ bis _____ (Uhr)

- Qualifizierte Versorgung auch außerhalb der Sprechstunden gewährleistet (z.B. über Notaufnahme des angeschlossenen Krankenhauses oder eine organisierte und hinreichend transparent gemachte Kooperation mit lokalen externen Kliniken oder Ambulanzen mit 24 Stunden Besetzung)

3.2 EEG-Ableiteinheit mit Möglichkeit zur Polygraphie, Schlaf-Ableitung und

Provokationsmethoden gemäß ÖGKN-Standard im Rahmen der eigenen Institution

- An der Einrichtung vorhanden
- An der Einrichtung nicht vorhanden

3.3 Video-EEG Langzeitableitung

- An der Einrichtung vorhanden
- Kooperation über folgende regionale/überregionale, stationäre Epilepsieabteilung:

Adresse: _____

- Keine Verfügbarkeit einer Video-EEG Langzeitableitung

3.4 Zugang zu oder Kooperation mit radiologischen Instituten mit hinreichender Expertise und apparativer Ausstattung (wünschenswert 3T, mind. 1,5 T) zur Anfertigung von cMRT nach standardisierten Epilepsieprotokollen

- An der Einrichtung vorhanden
- Kooperation über folgende regionale/überregionale radiologische Einrichtung:

Adresse: _____

- Keine Verfügbarkeit qualitativ hinreichender MRT-Diagnostik

3.5 Möglichkeit zur Blutabnahme und Bestimmung von Antiepileptika-Serumspiegeln sowie weiterer relevanter Laborparameter

- Labor einrichtungsintern vorhanden
- Kooperaton mit folgendem affilierten Labor:

Adresse: _____

- Keine Verfügbarkeit von Laborparameterbestimmungen

3.6 Vorhandensein von technischen, strukturellen und medizinischen Voraussetzungen für eine qualifizierte Erste Hilfe im Falle epileptischer Anfälle oder sonstiger medizinischer Notfälle

- Voraussetzungen vorhanden
- Voraussetzungen nicht vorhanden

3.7 Barrierefreiheit

- Die Ambulanzräume sind barrierefrei zu erreichen, Parkmöglichkeiten für rollstuhlgerechte Fahrzeuge in angemessener räumlicher Nähe vorhanden und Wartebereiche sowie Funktions- und Sanitärräume behindertengerecht konzipiert.
- Keine Barrierefreiheit, Parkmöglichkeiten für rollstuhlgerechte Fahrzeuge in angemessener räumlicher Nähe oder behindertengerecht Konzipierung von Wartebereichen sowie Funktions- und Sanitärräumen.

3.8 Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einem/r Psychologen/In sowie Verfügbarkeit von neuropsychologischen Testungen

- Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einem/r Psychologen/In (Diplompsychologe/In, Master of Science in Psychologie oder vergleichbarer Abschluss) mit mindestens zweijähriger klinischer Tätigkeit, davon ein Jahr vorwiegend mit EpilepsiepatientInnen gegeben
- Kooperation über folgende regionale/überregionale stationäre Epilepsieabteilung:

- Keine Zusammenarbeit mit einem/r Psychologen/In möglich
- Apparative und personelle Verfügbarkeit neuropsychologischer Testungen vorhanden
- Keine Verfügbarkeit neuropsychologischer Testungen

3.9 Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einem/r Sozialarbeiter/In

- Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einem/r Sozialarbeiter/In (Diplomierte/r Sozialarbeiter/In, Bachelor of Arts in Social Sciences, Master of Arts in Social Sciences oder vergleichbarer Abschluss) gegeben
- Keine Zusammenarbeit mit einem/r Sozialarbeiter/In möglich

3.10 Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einem/r Psychiater/In in der Einrichtung oder Kooperation mit psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Praxen oder vergleichbaren Einrichtungen

- Vorhanden

O Nicht vorhanden

3.11 Kapazität

Die Mindestkapazität für die Anerkennung als Epilepsieambulanz sind pro Kalenderjahr 500 Patientenkonsultationen (Erst- oder Folgekontakte) oder 250 Erstkonsultationen.

Ambulanzfrequenzen in den letzten drei Jahren:

Ambulanzfrequenz im Jahr ____: _____ Erstkontakte _____ Folgekontakte

Ambulanzfrequenz im Jahr ____: _____ Erstkontakte _____ Folgekontakte

Ambulanzfrequenz im Jahr ____: _____ Erstkontakte _____ Folgekontakte

Weitere Anmerkungen des/r Antragstellers/In zum Antrag:

_____, am _____

(Ort, Datum)

Unterschrift/Stempel (Antragsteller/In)

Unterschrift/Stempel (Vertreter/In)