|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| K:\Firma\CI+Logo_neu\DDG-Logo\Logo_mit_Zusatz\Office_Web\PNG_transparent\DDG_Logo_Office_RGB.png  |  | **AUSSCHUSS QUALITÄTS-****SICHERUNG, SCHULUNG****UND WEITERBILDUNG****Anlage zum Antrag auf Anerkennung als****Diabeteszentrum DDG** |
| **Hospitationsbericht** |
| **Hospitierte Einrichtung** (*Stempel*) | **Hospitierende Einrichtung** (*Stempel*) |
| **DDG-Anerkennung (Anerkennung als Diabeteszentrum DDG oder Diabetes Exzellenzzentrum DDG) vorhanden**vom …………………… (*Datum*)bis …………………..... (*Datum*) | **Hospitant/in**Name/n:Funktion: **Datum der Hospitation:**  |
| **Personelle Ausstattung:** |
|  |
|  |
|  |
| **Ablauf der Hospitation:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Besonders gut/interessant fand ich:** |
|  |
|  |
| **Vorschläge:** |
|  |
|  |
| **Abschlussgespräch hat stattgefunden** 🞏  |
| Unterschrift hospitierte Einrichtung | Unterschrift Hospitant/in |