



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Hospitationsbescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass _____,
Name, Vorname

geb. am _____, in der Zeit von _____ bis _____
_____ Stunden von 24 erforderlichen Stunden in unserer, von der AG-Fuß
der DDG anerkannten Behandlungseinrichtung für Patienten mit
Diabetischem Fußsyndrom hospitiert hat. Diese Hospitation umfasste die
Teilnahme an:

- Wundvisiten
- interdisziplinären Fallbesprechungen
- Mitarbeit/Hospitation in der Fußambulanz
- Sonstiges:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name der Einrichtung: _____

Stempel

Datum

Unterschrift