



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