

Anlage 1a
Bestätigung des Veranstalters

Ärztliche Leitung

Angaben zum Veranstalter:		
Name des Veranstalters:		
Straße & Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		
Titel, Name, Vorname der Ansprechperson:		
Kontaktdaten Ansprechperson:	Telefon:	Emailadresse:

Die Ärztliche Leitung unserer Einrichtung wird übernommen von:		
Titel:		
Name, Vorname der Ärztlichen Leitung:		
Straße & Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		
Kontaktdaten Ärztliche Leitung:	Telefon:	Emailadresse:
Schwerpunkt:	Fachgebiet:	Qualifikation:

Bestätigung vom Veranstalter:	
<p>Hiermit bestätigen wir als Veranstalter der Weiterbildung:</p> <p> <input type="checkbox"/> Diabetesberater/in DDG <input type="checkbox"/> Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik) /in DDG <input type="checkbox"/> Diabetesassistent/in DDG <input type="checkbox"/> Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit) /in DDG <input type="checkbox"/> Wundassistent/in DDG </p> <p><i>Bitte angestrebtes Format ankreuzen.</i></p>	

dafür Sorge zu tragen, die Funktion der Ärztlichen Leitung im Kontext der Weiterbildung sicher zu stellen.

Zu den Aufgaben der Ärztlichen Leitung zählen:

1. Übernahme von Fachunterricht gemäß Curriculum
2. Ansprechperson für Berufsfachliche Leitung und Kursteilnehmende
3. Prüfungsteilnahme gemäß Weiterbildungs- und Prüfungsordnung

Die Eignung der Ärztlichen Leitung wurde gemäß den Vorgaben der **Richtlinie zur Zertifizierung als Weiterbildungsstätte der DDG** geprüft.

Die Richtigkeit der Angaben ist gewährleistet.

Ort, Datum

Unterschrift Veranstalter

Stempel Veranstalter