|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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****Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG** |
| **Verfügbarkeit Stationspflegepersonal**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: | Abteilung/Station: |
| Name des Antragsstellers/Praxisinhabers: | Verantwortlicher Diabetologe: |

 |
| Hiermit bestätigen wir, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger auf der Diabetesstation verfügbar sind. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift Klinikleitung |  |
| Stempel |  |