

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