

Deutsche Diabetes Gesellschaft  
Geschäftsstelle  
Frau Schaub  
Albrechtstraße 9  
10117 Berlin

## Anmeldung

zur „Erweiterten Anerkennung als Behandlungseinrichtung  
für Patienten mit Typ 1 oder Typ 2 Diabetes mellitus  
oder für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus“

**Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG  
mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement**

<input type="checkbox"/> <b>Erstanerkennung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Wiederholungsanerkennung, zertifiziert seit:</b> _____
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Name der Einrichtung:

---

---

Abteilung/Station:

---

---

Name des Antragsstellers/Praxisinhabers:

---

Straße:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon:

---

Fax:

---

E-Mail:

---

**Wir melden uns an für die Antragstellung zur Anerkennung als Behandlungseinrichtung für  
Patienten mit** (Bitte ankreuzen - Mehrfachnennung möglich):

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Diabetes mellitus Typ 2
- Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus

## Art der Einrichtung

- Klinik ohne Ambulanz
- Klinik mit Ambulanz
- Arztpraxis
- Reha-Einrichtung

## Wir wählen als internes Qualitätsmanagement- System (bitte ankreuzen):

- Diabetes-Qualitäts-Modell (DQM)
- Qualitätsmanagement klinischer Diabeteseinrichtungen (QMKD)
- R CONSULT Managementberatungs GmbH)
- Andere (bitte Namen nennen): \_\_\_\_\_

**Mit der Anmeldung zum Diabetologikum DDG verpflichtet sich die Einrichtung, alle 3 Jahre die Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von einem durch die DDG akkreditierten Zertifizierungsunternehmen überprüfen zu lassen.**

**Nach Eingang der Anmeldung in der Geschäftsstelle der DDG erhalten Sie eine Eingangsbestätigung / Rechnung. Erst nach Erhalt der Bearbeitungsgebühr (550,00 Euro zzgl. 7 % USt.) erfolgt die weitere Bearbeitung des Antrags. Die DDG -Geschäftsstelle leitet Ihre Anmeldung an das von Ihnen gewählte Zertifizierungsunternehmen und den Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung (QSW) weiter. Diese Gebühr wird unabhängig davon fällig, ob eine Anerkennung der Einrichtung erfolgt.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ltd. Arztes / Praxisinhabers