|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | **AUSSCHUSS QUALITÄTS-**  **SICHERUNG, SCHULUNG**  **UND WEITERBILDUNG**  **Anlage zum Antrag auf Anerkennung**  **als Behandlungseinrichtung**  **Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG** |
| **Hospitationsbericht** | | | | |
| **Hospitierte Einrichtung** (*Stempel*) | | | **Hospitierende Einrichtung** (*Stempel*) | |
| **DDG-Anerkennung (Anerkennung als Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG oder Zertifiziertes Diabetes-zentrum Diabetologikum DDG) vorhanden**  vom …………………… (*Datum*)  bis …………………..... (*Datum*) | | | **Hospitant/in**  Name/n:  Funktion:  **Datum der Hospitation:** | |
| **Personelle Ausstattung:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Ablauf der Hospitation:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Besonders gut/interessant fand ich:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Vorschläge:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **Abschlussgespräch hat stattgefunden** 🞏 | | | | |
| Unterschrift hospitierte Einrichtung | | Unterschrift Hospitant/in | | |