

Schnittstellenmanagement

zum Antrag auf Zertifizierung als stationäres/ambulantes „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“



Name und Adresse Ihrer Einrichtung

Netzwerkpartner

Auslösender
Überweisungsindikator

Praxis/Klinik

Adresse & Tel. der Anmeldung

**Angiologie oder
interv. Radiologie**

Augenmedizin

Chirurgie

**Ernährungs- und
Bewegungstherapie**

Gefäßchirurgie

Gynäkologie

Kardiologie

Neurologie

Nephrologie

**Orthopädieschuh-
anfertigung**

Podologie

**Psychologie / ärzt.
Psychotherapie**

Verantwortliche/r:

gültig von bis