

Bestätigung der 24-h-Verfügbarkeit

zum Antrag auf Zertifizierung als **ambulantes** „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“

Name der Einrichtung:

Abteilung:

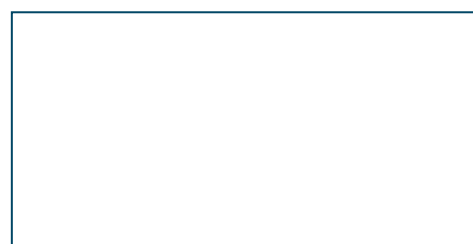
Name Antragsteller*in/Praxisinhaber*in:

Verantwortliche/r Diabetolog*in:

Bestätigung für Ihre ambulante Einrichtung: Hiermit bestätigen wir, dass in der Diabetestherapie geschultes Praxispersonal 24 h verfügbar bzw. per Mobiltelefon erreichbar ist.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person (Funktion)



Stempel