

Bestätigung der 24-h-Verfügbarkeit

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

Name der Einrichtung:

Abteilung/Station:

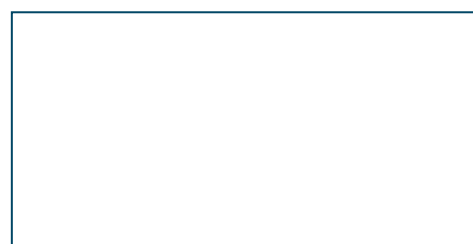
*Name Antragsteller*in:*

*Verantwortliche/r Diabetolog*in:*

Bestätigung für Ihre stationäre Einrichtung: Hiermit bestätigen wir, dass in der Diabetestherapie geschultes Stationspflegepersonal 24 h verfügbar ist.

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person (Funktion)



Stempel