Schnittstellenmanagement Kinder und Jugendliche

zum Antrag auf Zertifizierung „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“

DIABETES EXZELLENZ ZENTRUM DDG

Name und Adresse Ihrer Einrichtung

Netzwerkpartner	*Auslösender Überweisungsindikator*	*Praxis/Klinik*	*Adresse & Tel. der Anmeldung*
Augenmedizin			
Internistische Diabetologie im Rahmen einer Transition			
Allgemeinmedizin			
Ernährungs- und Bewegungstherapie			

Verantwortliche/r: *gültig von bis*