

Hospitationsbescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass _____
Name, Vorname

geb. am _____, in der Zeit von _____ bis _____
_____ von 24 erforderlichen Stunden in unserer, **von der AG-Fuß der DDG
anerkannten Behandlungseinrichtung für Patienten mit Diabetischem
Fußsyndrom** hospitiert hat. Diese Hospitation umfasste die Teilnahme an:

- Wundvisiten
- interdisziplinären Fallbesprechungen
- Mitarbeit/Hospitation in der Fußambulanz
- Sonstiges:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name der Einrichtung: _____

Stempel

Datum

Unterschrift *

* Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie mit Ihrer Unterschrift die **zum Zeitpunkt der Hospitation bestehende Zertifizierung** durch die AG Fuß der DDG bestätigen.