

Hospitationsbescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass Name, Vorname _____, geb.
am _____, in der Zeit von _____ bis _____ Stunden 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