|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **AUSSCHUSS QUALITÄTS-**  **SICHERUNG, SCHULUNG**  **UND WEITERBILDUNG** |
| **Verfügbarkeit Stationspflegepersonal**   |  |  | | --- | --- | | Name der Einrichtung: | Abteilung/Station: | | Name des Antragsstellers/Praxisinhabers: | Verantwortlicher Diabetologe: | | | | |
| Hiermit bestätigen wir, dass 24 h am Tag in der Diabetesbehandlung erfahrene Krankenschwestern/-pfleger auf der Diabetesstation verfügbar sind. | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift Klinikleitung | |  | |
| Stempel | |  | |