



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß

Sprecher der AG Zertifizierung:
Dr. Antje Wagner, Dr. Joachim Kersken,
Dr. Ulrike Schmitz, Prof. Dr. Ralf Lobmann

Hospitationsbericht mit Bestätigung der Mindestkriterien für eine Fußbehandlungseinrichtung

1. Hospitationsbericht

Hospitierte Einrichtung (Adressangaben + Stempel)	Hospitierende Einrichtung (Adressangaben + Stempel)
Datum der Hospitation	Hospitant/in: Funktion:
Personelle Ausstattung:	
Rahmenbedingungen:	
Infektionsmanagement:	
Besonders gut/interessant fand ich:	
Abschlussgespräch hat stattgefunden <input type="checkbox"/>	
Unterschrift Hospitant/in	



Deutsche Diabetes Gesellschaft

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß

Sprecher der AG Zertifizierung:
Dr. Antje Wagner, Dr. Joachim Kersken,
Prof. Dr. Ralf Lobmann

Kontakt über:
DDG-Geschäftsstelle
z. H. Susa Schmidt-Kubeneck
Albrechtstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030/3116937-18
Fax: 030/3116937-20
Internet: <http://www.ag-fuss-ddg.de/>
Email: schmidt-kubeneck@ddg.info

2. Bestätigung

der Mindestkriterien für eine ambulante oder stationäre Fußbehandlungseinrichtung

(Strukturqualität)

Das Vorhandensein der nachfolgend angegebenen Strukturqualität in der von mir heute besuchten Fußbehandlungseinrichtung

Name und Adresse der Einrichtung, für die diese Bestätigung erfolgt.

1. 1 Diabetologe (DDG oder Landesärztekammer), Nennung eines Vertreters; falls Antragsteller kein Diabetologe: Kooperationsvereinbarung mit Diabetologen
2. Med. Assistenz: Diabeteberater-/in oder Diabetesassistent-/in und ein/e vollzeitbeschäftigte Mitarbeiter-/in mit Qualifikation Weiterbildung in der Wundbehandlung (Wundassistent-/in DDG oder vergleichbare Qualifikation) oder Podologe-/in
3. Mindestens ein Behandlungsraum: ausschl. zur Wundbehandlung mit Behandlungs- und Verbandmaterialien
4. Diagnostik: Doppler, Stimmgabel/Monofilament, Fotoapparat
5. Hygieneplan, einschl. MRSA-Behandlungsstrategie
6. Klinik: ein Verbandwagen
7. Sonstiges

wird von mir bestätigt.

Name und Adresse der bestätigenden Person.

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular von Dritten unterschrieben sein muss.)

Datum

Stempel/Unterschrift der hospitierenden Einrichtung