



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](mailto: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