

1. Hospitationsbericht
ärztlich geleitete Fußbehandlungseinrichtung

| | |
|---|---|
| Hospitierte Einrichtung (Name, Adresse + Stempel) | Hospitierende Einrichtung (Name, Adresse + Stempel) |
| Datum der Hospitation: | Hospitant*in Name: Funktion: |
| Personelle Ausstattung: | |
| Rahmenbedingungen: | |
| Beschreibung des Behandlungsablaufes (z.B. Diagnostik, Behandlungspfad, Infektionsmanagement) | |
| Besonders gut/interessant fand ich: | |
| Abschlussgespräch hat stattgefunden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | |
| Name ärztl. Leitung der hospitierten Einrichtung | Name Hospitant*in |
| Unterschrift ärztl. Leitung der hospitierten Einrichtung | Unterschrift Hospitant*in |

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.

- a. Diabetolog*in (DDG oder Landesärztekammer), Nennung einer vertretenden Person; falls antragstellende Person kein Diabetolog*in: Kooperationsvereinbarung mit Diabetolog*in
- b. Wundassistenten
- c. Mindestens ein Behandlungsraum: ausschl. zur Wundbehandlung mit Behandlungs- und Verbandmaterialien
- d. Diagnostik: Doppler-Sonographie, Stimmgabel/Monofilament, Fotoapparat
- e. Hygieneplan, einschl. MRSA-Behandlungsstrategie
- f. Klinik: ein Verbandswagen

wird von mir bestätigt.

Name und Adresse der bestätigenden Person (im Regelfall Hospitant*in)

Datum

Name und Unterschrift Hospitant*in

Stempel der hospitierenden Einrichtung