

Hospitationsgeber:

Hospitationsbescheinigung im Rahmen der "Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen"

Fortbildung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V

Herr/Frau _____

hat in der Zeit vom _____ bis _____ tägl. von _____ Uhr bis _____ Uhr

in (Klinik/Institution/Anschrift) _____

hospitiert.

Die Hospitation umfasste insgesamt _____ Unterrichtsstunden.

Bitte beachten Sie, dass 6 Unterrichtseinheiten mindestens nachgewiesen werden müssen. Eine Unterrichtseinheit entspricht 45 Minuten.

Kurze Tätigkeitsbeschreibung/Beschreibung der medizinisch-fachlichen Inhalte/Ziele der Hospitation

Ort

Datum

Unterschrift Leiter der Klinik/Institution und Dienststempel