

Zertifikat

Flash Glukose Monitoring (FGM)

Herr/Frau _____ geboren am _____

hat am _____ an der technischen

Einweisung () und FGM Schulung () teilgenommen.

Praxis- oder Klinikstempel/Unterschrift

() = Zutreffendes bitte ankreuzen!

(Das Zertifikat ist nur mit Originalunterschrift und Stempel gültig!)

In Absprache und Kooperation zwischen VNDT e. V. und TGDS e. V..

