

Teilnahmeerklärung

Teilnahmeerklärung für medizinische Einrichtungen beim Netzwerk zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

Teilnahmevoraussetzungen:

- Verpflichtung zur Einhaltung und Umsetzung gesetzlicher Vorgaben sowie von RKI-Empfehlungen
- Information von Angehörigen und Betroffenen (Merkblätter) sowie Information von weiterbehandelnden Ärzten und/oder aufnehmenden Einrichtungen bei Verlegung vom Patienten mit MRE-Kolonisation (MRE-Überleitbogen)
- Konsequente (Hände-)Hygiene (gemäß RKI-Empfehlungen)
- Fester Ansprechpartner vor Ort

Ja, unsere Einrichtung möchte am MRE-Netzwerk Rhein-Nahe teilnehmen!

Name und Einrichtungsart:.....

Adresse:.....

Ansprechpartner:.....

Telefon:..... Fax:.....

E-Mail:.....

Wir sind mit der Nennung unserer Einrichtung als teilnehmende Einrichtung auf unserer Webseite einverstanden.

.....
Ort, Datum:

.....
Unterschrift

Die Mitgliedschaft ist kostenfrei!

