

## 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 von Patienten/Bewohnern mit MRE-Infektion oder 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!**

