



Teilnahme – Erklärung für Krankenhäuser (Selbstverpflichtung)

Teilnahmevoraussetzungen für Krankenhäuser am MRE-Netzwerk Süd Hessen (01/2012):

- Regelmäßige Teilnahme und Mitarbeit an den Netzwerktreffen
- Mindestens 1 mal pro Jahr Fortbildung zur Hygiene für das eigene Personal, Teilnahme auch für betriebsfremdes Personal möglich
- Immer Information über MRE an weiterbetreuende medizinische und pflegende Einrichtungen mit einheitlichem Formular des MRE-Netzwerkes (*noch zu erstellen*)
- Weitergabe der Daten über Art und Anzahl von MRE der Einrichtung an das Netzwerk zum Zwecke anonymisierter Auswertungen mit regionalem Bezug durch das Netzwerk

Ja, wir möchten am MRE-Netzwerk Süd Hessen teilnehmen und mitarbeiten.

Name: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Bettenzahl der Klinik: _____ Intensivbetten: _____

OP-Säle: _____ Ambulanzen: _____

Wir sind mit der Nennung unserer Einrichtung als Teilnehmer des MRE-Netzwerkes einverstanden, wir dürfen uns erst nach Erhalt einer Bestätigung als Mitglied bezeichnen.

Ort, Datum _____ Unterschriften _____

Namen und Funktionen _____