**Teilnahme-Erklärung für Rettungsdienst und Krankentransport**

**(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)**

**Teilnahmevoraussetzungen für Rettungsdienst und Krankentransport am MRE-Netz Rhein Main (**Sept. 09)

- Umsetzung der Hygieneempfehlungen des Netzwerks; Hygieneplan (s. www.mre-rhein-main.de)
- ein fester Ansprechpartner für Hygiene in jeder Einrichtung
- die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu MRE (mindestens 50% der Mitarbeiter innerhalb von 2 Jahren)
- Händehygiene (Fortbildung s.o. und Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs pro Jahr (sowie der Transporte pro Jahr, damit ml/Transport errechnet werden kann)
- Erfassung und Dokumentation der MRE-Transporte

**Ja, unsere Einrichtung möchte am MRE-Netz Rhein-Main teilnehmen.**

Name ……..

Ansprechpartner: ……..

Adresse: …….

Erreichbarkeit: Tel ……... Fax: …….

e-mail: …….

Mitarbeiter derzeit: …….
Transporte pro Jahr derzeit (ca).:……..... darunter MRSA/MRE Transporte (ca): ……

Ansprechpartner für Hygiene ist: …….

Wir haben bereits Erfahrung mit - MRSA Patienten ja O nein O
- anderen MRE-Patienten ja O nein O

Wir sind mit der Nennung unserer Einrichtung als teilnehmende Einrichtung auf der website einverstanden ( Name, Adresse, Tel.Nr. ggf. Webadresse)

……
Ort, Datum Unterschrift