



Teilnahme-Erklärung für nicht qualifizierten Krankentransport

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

Teilnahmevoraussetzungen für den nicht-qualifizierten Krankentransport am MRE-Netz Rhein-Main (Stand: Juli 2013)

- Umsetzung der Hygieneempfehlungen des Netzwerks / Reinigungs- und Desinfektionsplan
- ein fester Ansprechpartner für Hygiene in jeder Einrichtung
- die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Hygiene und zu MRE (jährlich aller Mitarbeiter)
- Händehygiene (Fortbildung s.o. und Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs pro Jahr)
- Auflistung der Fahrten pro Jahr gesamt und der MRE-Fahrten*

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 <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
- anderen MRE-Patienten*	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

*falls Daten verfügbar

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift