



## Teilnahme-Erklärung für Rehabilitationskliniken

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

### Teilnahmevoraussetzungen für Rehabilitationskliniken am MRE-Netz Rhein Main (Stand April 2014)

- Generelle Bereitschaft zur Aufnahme von MRE-Patienten (kein grundsätzlicher Ausschluss)
- Umsetzung der Hygiene-Anforderungen nach RKI-Empfehlungen (Hygieneplan)
- Händedesinfektionsmittelverbrauch  $\geq 50\%$  nach ASH (Hand-Kiss) und/oder generell Maßnahmen und Aktionen zur Promotion der Händehygiene
- Übermittlung der Anzahl der MRE-Patienten (jeweils MRSA, MRGN, VRE) pro Jahr und der Gesamtpatienten pro Jahr
- Information der Betroffenen, Angehörigen (Merkblatt...) und der weiterbehandelnden Ärzte/Einrichtung mittels einem MRE-Überleitebogen

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

Name .....

Ansprechpartner: .....

Adresse: .....

Erreichbarkeit: Tel ..... Fax: .....

e-mail: .....

Bettenzahl des Hauses: .....

Ansprechpartner für Hygiene, wenn vorhanden:.....

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift