

## Beitrittserklärung

Ich trete dem "MRE-Netzwerk Landkreis Biberach" bei und erkläre für mich und meine Einrichtung die Bereitschaft zur Einhaltung der im Netzwerk festgelegten Qualitätskriterien.

**Einrichtung:**

**Ansprechpartner für MRE:**

**Funktion:**

**Telefon:**

**Email:**

**personenungebundene  
Mail der Einrichtung für  
MRE-Netzwerk-Einladungen:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung unter der Rubrik „Mitglieder“ auf der Homepage des MRE-Netzwerkes Landkreis Biberach aufgeführt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in den Verteiler des "MRE-Netzwerk Landkreis Biberach" aufgenommen werden.

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Stempel:**

- Sie können das Formular **am PC ausfüllen**, als **pdf-Datei speichern** und uns diese senden.

### **Qualitätskriterien des MRE-Netzwerk Landkreis Biberach**

1. Angemessene Versorgung von MRE-Trägern
2. Transparente Weitergabe von Informationen zu MRE bei Verlegung / Transport an alle mit der medizinischen Betreuung Befassten und an die Angehörigen
3. Umsetzung eines einheitlichen MRSA - Pflege-, Behandlungs- und Sanierungsstandards bezogen auf die unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsbereiche und abgestimmt auf den aktuellen Wissensstand
4. Einhaltung der im "MRE-Netzwerk Landkreis Biberach" vereinbarten Screeningstandards und Bereitschaft, diese zu evaluieren

**Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an:**

Landratsamt Biberach, Gesundheitsamt, Rollinstr.15, 88400 Biberach

Email: **kreisgesundheitsamt@biberach.de** oder an die FAX-Nummer: **07351-525352**