



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:

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. 17, 88400 Biberach

email: **kreisgesundheitsamt@biberach.de** oder an die FAX-Nummer: **07351-525161**