

# **Teilnahmeerklärung für die Einrichtungen der ambulanten Versorgung**

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

## **Voraussetzungen für die Teilnahme am Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt (HYSA)**

1. Umsetzung der Hygiene-Anforderungen entsprechend den Empfehlungen des HYSA-Netzwerkes.
2. Konsequente Verwendung eines Überleitungsbogens zur Informationsweitergabe an die weiter betreuende Einrichtung.
3. Benennung eines kompetenten Ansprechpartners in der Einrichtung für die Hygiene bzw. für Fragen zu Multiresistenten Erregern (MRE).
4. Konsequente Durchführung der Händehygiene.
5. Dokumentierte Fortbildung der Mitarbeiter zu MRE und zur Händehygiene (mindestens einmal im Jahr).

## Einrichtung der ambulanten Versorgung:

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner für Hygiene: .....

Telefon: ...

E-Mail: ....

- Die Einrichtung der ambulanten Versorgung möchte am Netzwerk HYSA teilnehmen.
- Die Einrichtung der ambulanten Versorgung verpflichtet sich zur Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen.
- Die Einrichtung der ambulanten Versorgung ist mit der Nennung als Teilnehmer des HYSA-Netzwerkes auf der HYSA-Internetseite einverstanden (Name, Adresse, ggf. Verlinkung auf eigene Homepage):

.....  
.....  
Ort, Datum                      Unterschrift Praxisinhaber (Einrichtung der ambulanten Versorgung)

---

## Zuständiges Gesundheitsamt:

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner: .....

- Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch das Gesundheitsamt ist erfolgt.
- Die Einrichtung der ambulanten Versorgung erfüllt oben genannte Teilnahmevoraussetzungen und wird somit als Teilnehmer am HYSA-Netzwerk aufgenommen.

Anmerkungen: .....

.....  
Ort, Datum    Unterschrift Amtsarzt (Gesundheitsamt)

Bei Vollständigkeit Kopie zur Einstellung der oben genannten Angaben auf der HYSA-Internetseite bitte an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), Fachbereich Hygiene, Fax: 0391 2564-192 senden.