

Teilnahmeerklärung für Rettungsdienste und Krankentransportdienste

(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. Benennung eines kompetenten Ansprechpartners in der Einrichtung für die Hygiene bzw. für Fragen zu Multiresistenten Erregern (MRE).
3. Konsequente Durchführung der Händehygiene.
4. Dokumentierte Fortbildung der Mitarbeiter zu MRE und zur Händehygiene (mindestens einmal im Jahr).

Rettungsdienst/Krankentransportdienst:

Name:
Adresse:

Ansprechpartner für Hygiene:

Telefon:

E-Mail:

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

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Geschäftsführer (Rettungsdienst/Krankentransportdienst)

Zuständiges Gesundheitsamt:

Name:
Adresse:

Ansprechpartner:

- Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch das Gesundheitsamt ist erfolgt.
- Der Rettungsdienst/Krankentransportdienst 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.