ANMELDEFORMULAR 1

Zur Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“

Bitte gut leserlich ausfüllen und per Post (AKTION Saubere Hände, Universitätsmedizin Berlin, Charité, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin) oder per Fax (030 / 8445-3682) versenden.

Krankenhaus KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) Kürzel, wenn bereits vorhanden: ……..

Krankenhausname*: ……

Straße ……

Postleitzahl/Wohnort: ……

Art des Krankenhauses: Akademisches Lehrkrankenhaus ☐
(Bitte ankreuzen) Universitätsklinikum ☐
Anderes Krankenhaus ☐

Bettenzahl: ……

Sonstige Einrichtung: ☐

*** umfasst Ihr Klinikverbund mehrere Kliniken, die alle an der Aktion teilnehmen wollen, dann melden Sie bitte jede Klinik einzeln an.**

Ansprechpartner für die Aktion in Ihrem Haus:

Name: ……..…Vorname……

Tel.-Nr.:…… Fax.-Nr.:……...

Email (bitte deutlich in Blockbuchstaben):

……..

Unterschrift & Dienststempel

……..

Bitte denken Sie daran, das Anmeldeformular 2, mit der Unterschrift des Krankenhaus-direktors, zusammen mit diesem Formular zu schicken. Vielen Dank!