



ANMELDEFORMULAR 2

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.

Krankenhausname/Ort:

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

Erklärung des Ärztlichen Direktors:

Hiermit erkläre ich mich mit der Anmeldung unseres Krankenhauses zur Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“ einverstanden.

Mit dieser Anmeldung gebe ich auch mein Einverständnis zur Teilnahme am Hand-KISS Modul.

Mit unserer Teilnahme werden wir folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Teilnahme mindestens eines Mitarbeiters am Einführungskurs und einmal jährlich am Erfahrungsaustausch
- 2) Teilnahme am Hand-KISS
- 3) Kritische Überprüfung der Spenderausstattung des Hauses
- 4) Gewährleistung von Fortbildungen zum Thema Händedesinfektion
- 5) Teilnahme an den Aktionstagen

Ich erkläre mich mit der namentlichen Nennung unseres Krankenhauses als Teilnehmer der Aktion auf der Aktionswebsite einverstanden. Ja / Nein

Name: Vorname.....

Tel.-Nr.: Fax.-Nr.:

Email (bitte deutlich in Blockbuchstaben):

.....

Unterschrift & Dienststempel

.....