



ANMELDEFORMULAR 4

Zur Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“ für
Altenpflegeeinrichtungen, Reha-Kliniken und ähnliche
Institutionen

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.

Name der Einrichtung

Straße

Ort

Erklärung des Leiters / Leiterin der Einrichtung:

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

Mit unserer Teilnahme werden wir folgende Voraussetzungen erfüllen:

- 1) Teilnahme mindestens eines Mitarbeiters am Einführungskurs und einmal jährlich am Erfahrungsaustausch
- 2) Gewährleistung von Fortbildungen zum Thema Händedesinfektion
- 3) Teilnahme an den Aktionstagen

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

Name: Vorname.....

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

Email (bitte deutlich in Blockbuchstaben):

.....

Unterschrift & Dienststempel

.....