

ASH – Bettenführende Einrichtungen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation

Anmeldeformular A

**Bitte IMMER elektronisch ausfüllen und per Post an folgende Adresse senden:
„AKTION Saubere Hände“, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und
Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin**

Name der Bettenführenden Einrichtung*

.....

- Krankenhaus** **Rehabilitationsklinik mit Frührehabilitation**

(Frührehabilitation ist die Rehabilitation noch während der Akutbehandlung nach Behebung der unmittelbaren Lebensbedrohung und Stabilisierung der vegetativen Funktionen mit wiederbelastbaren Herz-Kreislauffunktionen, mit entsprechend intensiver medizinischer und pflegerischer Betreuung)

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

* gehört Ihre Einrichtung zu einem Klinikverbund, der mehrere Kliniken umfasst, die alle an der AKTION teilnehmen wollen, dann melden Sie bitte jede Klinik einzeln an.

Erklärung des Ärztlichen oder Kaufmännischen Leiters:

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

Wir verpflichten uns mindestens folgende Maßnahmen umzusetzen:

- 1) Teilnahme mindestens eines Mitarbeiters am Einführungskurs und am jährlichen Erfahrungsaustausch
- 2) Teilnahme am „HAND-KISS_S“ Modul
- 3) Kritische Überprüfung der Spenderausstattung
- 4) Gewährleistung von jährlichen Fortbildungen auf der Basis der von der „AKTION Saubere Hände“ zur Verfügung gestellten Fortbildungsunterlagen
- 5) Teilnahme an den Aktionstagen

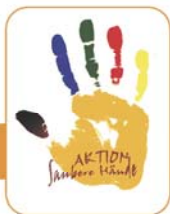
Alle Teilnehmer der Kampagne werden auf der Homepage der „AKTION Saubere Hände“ veröffentlicht. Sollten Sie NICHT damit einverstanden sein, kreuzen Sie bitte HIER

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email:

Datum, Unterschrift & Dienststempel.....



ASH – Bettenführende Einrichtungen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation

Anmeldeformular B

**Bitte IMMER elektronisch ausfüllen und per Post an folgende Adresse senden:
„AKTION Saubere Hände“, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und
Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin**

Namen der Bettenführenden Einrichtung*:

.....

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort:

Bundesland

Art der Bettenführenden Einrichtung (bitte ankreuzen):

- Akademisches Lehrkrankenhaus
- Universitätsklinikum
- Anderes Krankenhaus
- Rehabilitationsklinik mit Frührehabilitation

(Frührehabilitation ist die Rehabilitation noch während der Akutbehandlung nach Behebung der unmittelbaren Lebensbedrohung und Stabilisierung der vegetativen Funktionen mit wiederbelastbaren Herz-Kreislauffunktionen, mit entsprechend intensiver medizinischer und pflegerischer Betreuung)

* gehört Ihre Einrichtung zu einem Klinikverbund der mehrere Kliniken umfasst, die alle an der AKTION teilnehmen wollen, dann melden Sie bitte jede Klinik einzeln an.

Ansprechpartner für die „AKTION Saubere Hände“ in Ihrem Haus:

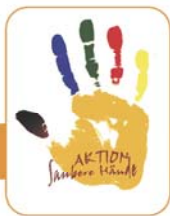
Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email: Mobilfunknummer:

.....

Datum, Unterschrift & Dienststempel



ASH – Bettenführende Einrichtungen Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation

Anmeldeformular C

Name der Bettenführenden Einrichtung: _____

Ort: _____ Datum: _____

Krankenhaus

Anzahl der Betten insgesamt: _____ davon ITS-Betten: _____

Frührehabilitation

Anzahl der Betten insgesamt: _____ davon Frühreha: _____

Für Krankenhäuser:

Welche Fachdisziplin gibt es in Ihrem Haus?

Innere Medizin

Chirurgie

Pädiatrie

Andere _____

Bitte von Krankenhäusern UND Rehakliniken ausfüllen

Gibt es an Ihrem Haus eine/n angestellten Krankenhaushygieniker/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie von einer/m externen Krankenhaushygieniker/in regelmäßig beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es an Ihrem Haus angestelltes pflegerisches Hygienefachpersonal?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie von externem pflegerischen Hygienefachpersonal beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits unabhängig von der „AKTION Saubere Hände“ in den letzten 2 Jahren Maßnahmen zur Verbesserung der Händedesinfektion ergriffen? Wenn ja, welche ? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein