

ASH – Bettenführende Einrichtungen Rehabilitations-Klinik

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 Rehabilitations-Klinik*

.....

Straße / Hausnr.

.....

Postleitzahl / Ort

.....

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

Erklärung des Ärztlichen oder Kaufmännischen Leiters der Klinik:

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 am „HAND-KISS_S“ Modul
- 2) Gewährleistung von jährlichen Fortbildungen auf der Basis der von der „AKTION Saubere Hände“ zur Verfügung gestellten Fortbildungsunterlagen

Alle Teilnehmer der Kampagne werden auf der Aktionswebsite veröffentlicht.

Sollten Sie NICHT damit einverstanden sein, kreuzen Sie bitte HIER

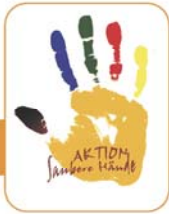
Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email:

Unterschrift & Dienststempel

.....



ASH – Bettenführende Einrichtungen Rehabilitations-Klinik

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

Name der Rehabilitations-Klinik*

.....

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort:

Bundesland

Anzahl der Betten:

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

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

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email: Mobilfunknummer:

.....

Unterschrift & Dienststempel.....