



ASH - Alten- und Pflegeheime

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 Einrichtung*

Träger der Einrichtung

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 Leiters / Leiterin der Einrichtung:

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

Wir verpflichten uns mindestens folgende Maßnahmen umzusetzen:

- 1) Teilnahme am „HAND-KISS_P“ 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 - Alten- und Pflegeheime

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 Einrichtung*:

Träger der Einrichtung:

Straße / Hausnr.:

Postleitzahl / Ort:

Bundesland:

* 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:
.....

Unterschrift & Dienststempel



ASH - Alten- und Pflegeheime

Anmeldeformular C

Name der Einrichtung:

Anzahl der Heimplätze insgesamt: _____

davon Anzahl pro Pflegestufe 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____

(Stand am Tag der Anmeldung)

Gehört zu Ihrer Einrichtung auch ein Bereich „Tagesklinik“? Ja Nein

Welche fachliche Qualifizierung hat Ihr Personal?

_____ % Pflegefachkräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung

_____ % Pflegefachkräfte mit mindestens einjähriger Ausbildung

_____ % Betreuungspersonal, das weniger als eine einjährige pflegerische Ausbildung absolviert hat

Wie ist die medizinische Versorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?

- Versorgung ausschließlich durch verschiedene Hausärzte
- Versorgung ausschließlich durch einen Hausarzt
- Kombination aus beiden Versorgungsformen

Gibt es an Ihrem Haus eine/n angestellten Hygienebeauftragte(n)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie von einer/m externen Hygienebeauftragten regelmäßig beraten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erfolgt in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Infektionen und / oder ein Screening-Programm auf multiresistenten Erregern wie z.B. MRSA, ESBL, VRE?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind in Ihrer Einrichtung aktuelle Hygienepläne- / Richtlinien vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein