



**Anmeldeformular zur „Aktion Saubere Hände“ für
Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation**

Seite 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 des Krankenhauses oder Rehabilitationsklinik:

.....

- Krankenhaus Rehabilitationsklinik mit Frührehabilitation

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

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Bundesland

IK Nummer

<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/de/107/Institutionskennzeichen.html?tab=i&glossaryid=165>

Art des Krankenhauses

- Akademisches Lehrkrankenhaus
 Universitätsklinikum
 Anderes Krankenhaus
 Rehabilitationsklinik mit Frührehabilitation

Krankenhaus

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

Fachdisziplinen

- Innere Medizin
 Chirurgie
 Pädiatrie
 Andere _____

Frührehabilitation

Anzahl der Betten insgesamt: _____ davon Frühreha: _____



**Anmeldeformular zur „Aktion Saubere Hände“ für
Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation**

Seite B

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.....

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

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

Email: Mobilfunknummer:

.....

Datum, Unterschrift



**Anmeldeformular zur „Aktion Saubere Hände“ für
Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken mit Frührehabilitation**

Seite C

Bitte von Krankenhäusern und Rehakliniken ausfüllen

Gibt es an Ihrem Haus eine/n angestellten Krankenhaustygieniker/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie von einer/m externen Krankenhaustygieniker/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 pflegerischem 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