

Krankenhausname
Straße
PLZ Ort

Ort, Datum

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Aktion Saubere Hände
Hindenburgdamm 27
12203 Berlin

Zusendung des Teilnehmervertrages mit der „Aktion Saubere Hände“ (ASH)

Sehr geehrtes Team,

anbei sende ich Ihnen den Teilnehmerantrag in **2facher Ausführung** und bitte Sie ein unterschriebenes Exemplar an uns zurück zu senden.

Unserem Krankenhaus sind folgende Daten und Informationen zugeordnet:

<p>KISS -Kürzel</p>	<p><input type="checkbox"/> Liegt vor: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wurde beantragt am: _____</p> <p>Infos: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/</p>
<p>Bundesland</p>	
<p>Krankenhausart</p>	<p><input type="checkbox"/> Akademisches Lehrkrankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Universitätsklinikum</p> <p><input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik mit Frührehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik</p>
<p>Anzahl der Betten</p>	
<p>Veröffentlichung</p>	<p>Das Krankenhaus ist mit der Veröffentlichung seines Namens auf der Webseite der ASH in der Teilnehmerliste</p> <p><input type="checkbox"/> einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> nicht einverstanden</p>
<p>Mit der Teilnahme an der ASH ist folgendes verbunden <small>(wurde zur Kenntnis genommen)</small></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Teilnahme am Einführungskurs 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

Kontaktdaten
Krankenhausleitung

Vor- und Nachname:

Email:

Telefonnummer:

Kontaktdaten
Ansprechpartner

Vor- und Nachname:

Email:

Telefonnummer:

Datum, Unterschrift & Dienststempel.....