



## **Beitrittserklärung**

**Ich trete dem "MRE-Netzwerk Landkreis Ravensburg" bei und erkläre für mich und meine Einrichtung die Bereitschaft zur Einhaltung der im Netzwerk festgelegten Qualitätskriterien.**

**Einrichtung:**

**Ansprechpartner für MRE:**

**Funktion:**

**Telefon:**

**Email:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung unter der Rubrik „Mitglieder“ auf der Homepage des MRE-Netzwerkes Landkreis Ravensburg aufgeführt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in den Verteiler des "MRE-Netzwerkes Landkreis Ravensburg" aufgenommen werden.

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Stempel:**

Sie können das Formular **am PC ausfüllen**, als **pdf-Datei speichern** und uns diese senden.

### **Qualitätskriterien des MRE-Netzwerk Landkreis Ravensburg**

1. Angemessene Versorgung von MRE-Trägern
2. Transparente Weitergabe von Informationen zu MRE bei Verlegung / Transport an alle mit der medizinischen Betreuung Befassten und an die Angehörigen
3. Umsetzung eines einheitlichen MRSA - Pflege-, Behandlungs- und Sanierungsstandards bezogen auf die unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsbereiche und abgestimmt auf den aktuellen Wissensstand
4. Einhaltung der im "MRE-Netzwerk Landkreis Ravensburg" vereinbarten Screeningstandards und Bereitschaft, diese zu evaluieren

**Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an:** Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt, Gartenstr. 107, 88212 Ravensburg

email: [ge@landkreis-ravensburg.de](mailto:ge@landkreis-ravensburg.de) oder an Telefax: 0751/85-5306