

## **Teilnahmeerklärung für Krankenhäuser**

(zu senden an Ihr zuständiges Gesundheitsamt)

### **Voraussetzungen für die Teilnahme am Netzwerk Hygiene in Sachsen-Anhalt (HYSA)**

1. Umsetzung der Hygiene-Anforderungen entsprechend den KRINKO-Empfehlungen in der Modifikation des HYSA-Netzwerkes.
2. Konsequente Verwendung eines Überleitungsbogens zur Informationsweitergabe an die weiter betreuende Einrichtung.
3. Meldung von nosokomialen Ausbrüchen nach § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG).
4. Benennung eines kompetenten Ansprechpartners in der Einrichtung für die Hygiene bzw. für Fragen zu Multiresistenten Erregern (MRE).
5. Konsequente Durchführung der Händehygiene (Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs als Indikator und Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“ bzw. Durchführung eigener adäquater Aktionen).
6. Dokumentierte Fortbildung der Mitarbeiter zu MRE und zur Händehygiene (mindestens einmal im Jahr)

**Krankenhaus:**

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner für Hygiene: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

- Das Krankenhaus möchte am Netzwerk HYSA teilnehmen.
- Das Krankenhaus verpflichtet sich zur Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen.
- Das Krankenhaus ist mit der Nennung als Teilnehmer des HYSA-Netzwerkes auf der HYSA-Internetseite einverstanden (Name, Adresse, ggf. Verlinkung auf eigene Homepage):

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Geschäftsführer (Krankenhaus)

---

**Zuständiges Gesundheitsamt:**

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner: .....

- Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch das Gesundheitsamt ist erfolgt.
- Das Krankenhaus erfüllt oben genannte Teilnahmevoraussetzungen und wird somit als Teilnehmer am HYSA-Netzwerk aufgenommen.

Anmerkungen: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Amtsarzt (Gesundheitsamt)

Bei Vollständigkeit Kopie zur Einstellung der oben genannten Angaben auf der HYSA-Internetseite bitte an das Landesamt für Verbraucherschutz (LAV), Fachbereich Hygiene, Fax: 0391 2564-192 senden.