

# **Teilnahmeerklärung für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe**

**sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der Tages- und Nachtpflege**  
(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. Benennung eines kompetenten Ansprechpartners in der Einrichtung für die Hygiene bzw. für Fragen zu Multiresistenten Erregern (MRE).
4. Konsequente Durchführung der Händehygiene.
5. Dokumentierte Fortbildung der Mitarbeiter zu MRE und zur Händehygiene (mindestens einmal im Jahr).

## Stationäre Einrichtung der Altenhilfe:

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner für Hygiene: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

- Die stationäre Einrichtung der Altenhilfe möchte am Netzwerk HYSA teilnehmen.
- Die stationäre Einrichtung der Altenhilfe verpflichtet sich zur Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen.
- Die stationäre Einrichtung der Altenhilfe 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 (stationäre Einrichtung der Altenhilfe)

---

## Zuständiges Gesundheitsamt:

Name:  
Adresse:

Ansprechpartner: .....

- Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen durch das Gesundheitsamt ist erfolgt.
- Die stationäre Einrichtung der Altenhilfe 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.