



Anmeldeformular zur Aktion Saubere Hände für Alten- und Pflegeheime

Bitte immer elektronisch ausfüllen und per Post an folgende Adresse senden: Aktion Saubere Hände (ASH), Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Hindenburgdamm 27, 12203 Berlin

Name der Einrichtung

Straße / Hausnr.

Postleitzahl / Ort

Bundesland

Einrichtungsträger

Erklärung des Leiters / Leiterin des Alten- und Pflegeheimes

Hiermit erkläre ich mich mit der Anmeldung zur Teilnahme an der Aktion Saubere Hände einverstanden.

Wir verpflichten uns mindestens folgende Maßnahmen umzusetzen:

- 1) Teilnahme am HAND-KISS_P Modul
- 2) Gewährleistung von jährlichen Fortbildungen auf der Basis der Fortbildungsunterlagen der ASH

Alle Teilnehmer der Kampagne werden auf der Homepage der Aktion Saubere Hände veröffentlicht.

Sollten Sie NICHT damit einverstanden sein, kreuzen Sie bitte HIER

Leiter*in des Alten- und Pflegeheimes:

Name: Vorname:

Tel.: E-Mail:

Datum, Unterschrift & Dienststempel

Ansprechpartner*in für die Aktion Saubere Hände in Ihrer Einrichtung:

Name: Vorname:

Tel.: E-Mail:

Diensthandy:

Datum, Unterschrift



Anmeldeformular zur Aktion Saubere Hände für Alten- und Pflegeheime

Name des Alten- und Pflegeheimes:

.....

Anzahl der Heimplätze insgesamt: _____

davon Anzahl pro Pflegegrad: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ (Stand am Tag der Anmeldung)

Gehört zu Ihrer Einrichtung auch ein Bereich „Tagesklinik“? Ja Nein

Welche Qualifizierung hat Ihr Personal?

_____ % Pflegefachkräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung

_____ % Pflegehelfer*in mit mindestens einjähriger Ausbildung

_____ % Pflegehelfer*in mit weniger als einer einjährigen pflegerischen Ausbildung

Wie ist die medizinische Versorgung in Ihrer Einrichtung organisiert?

- Kombination aus Versorgung durch verschiedene Hausärzte und Versorgung durch eine/n Heimgärtin/Heimgärtner
- Versorgung ausschließlich durch eine/n Heimgärtin/Heimgärtner
- Versorgung ausschließlich durch verschiedene Hausärzte

Gibt es an Ihrem Haus eine/n angestellten Hygienebeauftragte(n)?

Ja Nein

Werden Sie von einer/m externen Hygienebeauftragten regelmäßig beraten?

Ja Nein

Erfolgt in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Infektionen
und / oder
ein Screening-Programm auf multiresistente Erreger wie z.B. MRSA, ESBL, VRE?

Ja Nein

Ja Nein

Sind in Ihrer Einrichtung aktuelle Hygienepläne / -richtlinien vorhanden?

Ja Nein