

# **Beitrittserklärung**

**Ich trete dem „MRE-Netzwerk der Landkreise Altenkirchen, Westerwald und Rhein-Lahn“ 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 der Landkreise Altenkirchen, Westerwald, Rhein-Lahn“ aufgeführt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in den Verteiler des „ MRE-Netzwerkes der Landkreise Altenkirchen, Westerwald-Rhein-Lahn“ aufgenommen werden.

**Datum/ Unterschrift: Stempel:**

## **Qualitätskriterien des „MRE-Netzwerkes Westerwald-Rhein-Lahn“:**

1. Allgemeine 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 MRE-Pflege-, Behandlungs- und Sanierungsstandards bezogen auf die unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitsbereiches und abgestimmt auf den aktuellen Wissensstand.
4. Einhaltung der im „MRE-Netzwerk der Landkreise Altenkirchen, Westerwald und Rhein-Lahn“ vereinbarten Screeningsstandards und Bereitschaft, diese zu evaluieren.

### **Bitte senden sie die Beitrittserklärung an:**

Kreisverwaltung-Gesundheitsamt, z.H. Dr.Dörwaldt

Parkstr.1, 57610 Altenkirchen

Fax: 02681/812700