**Beitrittserklärung**

Ich trete dem MRE-Netzwerk Landkreis Calw bei und erkläre für mich und meine Einrichtung die Bereitschaft zur Einhaltung der unten aufgeführten Basisqualitätskriterien.

Einrichtung………………………………………..

Ansprechpartner…………………………

Tel./Fax………………………………….

Email…………………………………….

Datum/ Unterschrift…………………….

Stempel

**Basisqualitätskriterien:**

Benennung eines kompetenten Ansprechpartners für MRE in der Einrichtung

Angemessene Versorgung von MRE-Trägern

Transparente Weitergabe von MRE bei Verlegung/Transport an alle mit der medizinischen Betreuung Beteiligten

Umsetzung eines einheitlichen MRE- Pflege, Behandlungs- und Sanierungsstandards bezogen auf die jeweilige Einrichtung unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes und den Empfehlungen des MRE-Netzwerkes Landkreis Calw