

## Einverständniserklärung zur Teilnahme am euregionalen Netzwerk des INTERREG-Projektes EurHealth-1Health und am Qualitätssiegel für Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des EurHealth-1Health Projektes

Hiermit erkläre ich mich als Bevollmächtigter der unten genannten Rehabilitationseinrichtung mit folgenden Punkten einverstanden:

1. Die von mir vertretene Klinik nimmt offiziell als Teilnehmer des euregionalen Netzwerkes des EurHealth-1Health Projektes teil.
2. Ich bin damit einverstanden, dass Name und Anschrift der von mir vertretenen Klinik im Rahmen des Projektes auf der offiziellen Projekthomepage, in Print- und Online-Medien als Teilnehmer des Projektes genannt wird. Beim Ausscheiden aus dem Projekt wird der Name von der Homepage gelöscht.
3. Ich bin damit einverstanden, dass Angaben zu positiven MRE-Nachweisen (PLZ, Isolationsdatum, Untersuchungsmaterial, Altern und Geschlecht des Patienten) im Rahmen der Qualitätssiegel, bei Studien oder auf Anfrage zu Auswertungszwecken an das Projekt übermittelt werden. Eine Auswertung erfolgt anonym. Eine Veröffentlichung seitens des Projektes erfolgt lediglich unter der Bedingung, dass die Zuordnung zu der Klinik nicht möglich ist (z.B. 2- oder 3-stellige PLZ-Ebene). Eine Zuordnung zu einzelnen Patienten ist ebenfalls nicht möglich.
4. Ich bin damit einverstanden, dass bestimmte Daten (z.T. als Bestandteil der Qualitätssiegel oder bei freiwilliger Teilnahme an Projektstudien) an die Projektkoordinatoren übermittelt werden. Im Rahmen von Projektstudien können zusätzliche Parameter abgefragt werden. Die Teilnahme an den Projektstudien und somit die Herausgabe weiterer Daten ist freiwillig.
  - a. Surveillance-Daten zu MRSA gemäß KISS (Patiententage, Patientenzahl, MRSA-Fälle) und entsprechende Daten zu weiteren MRE
  - b. Screeningdaten zu MRE
  - c. Antibiotikaverbrauchsdaten
  - d. Desinfektionsmittelverbrauchsdaten
5. Ich bin damit einverstanden, dass die Resultate des Projektes anonymisiert veröffentlicht werden. Eine Zuordnung zu einzelnen Kliniken erfolgt dabei nicht.
6. Die von mir vertretene Klinik verpflichtet sich generell, MRE-positive Patienten in den Regelbetrieb aufzunehmen. Ausnahmen von dieser Regelung werden schriftlich fixiert und der Projektleitung erläutert.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Funktion, Stempel der Einrichtung

