

An die
Kreisverwaltung Kleve
Fachbereich Gesundheit
Abteilung Gesundheitsangelegenheiten
Nassauerallee 16
47533 Kleve

MRE- Teilnahmeerklärung für niedergelassene Arztpraxen

Name der Arztpraxis: _____

Fachrichtung: _____

Daten zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Erreichbarkeit: Tel _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Liegen Ihnen bereits Erfahrungen mit - MRSA Patienten vor ja nein
- anderen MRE-Patienten ja nein

Ort, Datum Unterschrift

Praxisstempel

