

Bitte immer 3fach ausfertigen

Abgebende Einrichtung, Krankenförderung, aufnehmende Einrichtung

Patientendaten (Aufkleber)

Abgebende Einrichtung (Stempel)

Ansprechpartner:

Tel.:

Transportziel:

Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach IfSG § 23 (8)10

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN | <input type="checkbox"/> VRE |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Trägerstatus

- besiedelt/kolonisiert infiziert unbekannt

Lokalisation

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Rachen | <input type="checkbox"/> Sputum |
| <input type="checkbox"/> Blutkultur | <input type="checkbox"/> Wunde | <input type="checkbox"/> Urin |
| <input type="checkbox"/> Stuhl / <input type="checkbox"/> Analabstrich | <input type="checkbox"/> Device (<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> _____) | |
| <input type="checkbox"/> Haut – Lokalisation: | | |

Sonstige übertragbare Infektionskrankheiten

- Clostridium difficile Noro-Virus Tuberkulose
 Scabies Andere:

Datum letzter Nachweis: ____ . ____ . 20__

Therapie/Sanierung

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Therapie erforderlich | <input type="checkbox"/> keine Therapie durchgeführt | <input type="checkbox"/> keine Sanierung durchgeführt |
| <input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie begonnen / <input type="checkbox"/> Fortführung bis zum _____ | Präparat: _____ | |
| MRSA-Dekolonisation begonnen: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja Datum: _____ |
| MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| MRSA-Dekolonisation mit: | _____ | |
| | Name / Wirkstoff und Dosis | |

Bemerkungen