



Stand: 04.02.2016

Bitte immer **3fach** ausfertigen für abgebende Einrichtung, qualifizierten Krankentransport und aufnehmende Einrichtung/Pflege

<p>Patientendaten: (ggf. Etikett)</p> <p>Name/ Vorname Geb.dat.</p> <p>Straße PLZ/ Wohnort</p>	<p>Abgebende Einrichtung: (ggf. Stempel)</p> <p>Ansprechpartner: Tel.:</p>
---	---

Transportziel:

Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach IfSG § 23 Abs. 8 Satz 10:

<input type="checkbox"/> MRSA (Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistenter <i>Enterococcus</i>)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z.B. <i>E. coli</i> oder <i>Klebsiellen</i>)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter baumannii</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	<input type="checkbox"/> Sonstiger MRE	

Sonstige wichtige Erreger (z.B. Tbc, Hep, Influenza, Noro, Rota, Meningokokken)

Erreger: _____

Trägerstatus:

Kolonisation Infektion unbekannt

Lokalisation:

Nase Rachen Sputum/Trachealsekret

Blutkultur Wunde Urin

Stuhl/Analabstrich Device (PEG AP _____

Haut - Lokalisation: _____

Datum letzter Nachweis: _____

Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation:

MRSA-Dekolonisation begonnen: Ja Nein Datum: _____

MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: Ja Nein Negativer Befund liegt vor: Ja Nein

MRSA-Dekolonisation mit: _____

Name/Wirkstoff und Dosierung

Bemerkungen: