

Bitte immer 3fach ausfertigen für abgebende Einrichtung, qualifizierte Krankentransport und aufnehmende Einrichtung

<p>Patientendaten (ggf. Etikett)</p> <p>Name _____</p> <p>Geb.dat. _____</p> <p>Adresse _____</p>	<p>Abgebende Einrichtung (ggf. Stempel)</p> <p>Ansprechpartner: _____ Tel.: _____</p>
--	---

Transportziel: _____

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

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)

VRE (Vancomycin-resistenter Enterococcus)

<input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z. B. E. coli, Klebsiellen)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN

Trägerstatus

Kolonisation Infektion unbekannt

Lokalisation

Nase Rachen Sputum/Trachealsekret

Blutkultur Wunde Urin

Stuhl / Analabstrich Device (PEG AP _____)

Haut - Lokalisation: _____

Datum letzter Nachweis: ____ . ____ . 20 ____

Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation

MRSA-Dekolonisation begonnen: Nein Ja Datum: _____

MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: Nein Ja

MRSA-Dekolonisation mit: _____
Name / Wirkstoff und Dosis

Bemerkungen:
