



## Überleitungsbogen für Patienten mit MultiResistenten Erregern

(gemäß IfSG §23 Abs. 8 i. V. mit HHygVO § 2 Abs. 5)

### Patientendaten (ggf. Etikett):

Name:

Geb.Dat.:

Adresse:

### Abgebende Einrichtung (ggf. Stempel):

Ansprechpartner:

Tel.:

### Transportziel:

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

- |   |                                |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus  |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>VRE</b> Vancomycin-resistenter Enterococcus             |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Enterobacteriaceae</b> (z.B.: E. coli oder Klebsiellen) | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> <b>Acinetobacter baumannii</b>                             | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> <b>Pseudomonas aeruginosa</b>                              | <input type="checkbox"/> 3MRGN | <input type="checkbox"/> 4MRGN |
| <input type="checkbox"/> _____  |                                |                                |

### Trägerstatus:

- |                                       |                                    |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kolonisation | <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> unbekannt |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|

### Lokalisation:

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

Datum letzter Nachweis: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

### Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation:

MRSA-Dekolonisation begonnen: ☐ Ja ☐ Nein Datum: \_\_\_\_\_

MRSA-Dekolonisation abgeschlossen: ☐ Ja ☐ Nein

MRSA-Dekolonisation mit: \_\_\_\_\_

Name/Wirkstoff und Dosis

### Bemerkungen:

☐ Überleitungsbogen komplett übergeben