



Patientendaten	Name Vorname Geburtsdatum Telefon Adresse	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> div.
-----------------------	---	--

 Verstorben? ☐ ja _____ ☐ nein

Nachweis von: _____ (Name des Keimes) am:

 Aufenthalt im Krankenhaus bei Erregernachweis? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja: stat. Aufnahme am:

 Kolonisation: ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Nachweis in: ☐ Urin ☐ Stuhl/Analabstrich ☐ Wunde

☐ Trachealsekret/Abstrich ☐ Sonstiges:

 Infektion: ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, Tag des Beginns der Erkrankung:

 Nachweis in: ☐ Urin ☐ Wunde ☐ Trachealsekret/Abstrich ☐ Sonstiges:

 Ist der Patient Teil eines bekannten Ausbruchs? ☐ Nein ☐ Ja

 Wohnort des Patienten: ☐ Eigener Haushalt ☐ Pflegeeinrichtung ☐ Sonstiges:

 Berufstätigkeit? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche Tätigkeit?:

 Aufenthalte außerhalb Deutschlands während der letzten 12 Monate? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nicht ermittelbar

Land	Beginn (Monat/Jahr)	Dauer (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung?
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche?

 Frühere Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate? ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nicht ermittelbar

Name der zuletzt besuchten Einrichtung	Datum der Aufnahme

Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes

War bei dem Patienten der Nachweis eines MRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche/r?: _____

 Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja Ergebnis: ☐ positiv ☐ negativ

 War/ist der Patient isoliert? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, ab wann? _____

 Wie war/ist der Patient isoliert? ☐ Einzelzimmer ☐ Kohortenisolierung

Gab es vor der Isolierung Kontaktpatienten im Patientenzimmer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, wurden/werden Kontaktpersonen gescreent?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, wurden/werden Kontaktpersonen isoliert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Bitte den labordiagnostischen Nachweis und die Resistenzbestimmung in Kopie übersenden an:

Kreis Stormarn Gesundheitsaufsicht Mommsenstraße 13 23843 Bad Oldesloe Tel: 04531 160 1788 Fax: 04531 160 1626 Infektionsschutz@kreis-stormarn.de	Station: _____ Behandelnde/r Ärztin/Arzt: _____ Telefon/Fax: _____	Meldende Einrichtung
---	--	----------------------

