



(Meldepflicht nur für den Nachweis aus Blut oder Liquor)

<b>Patientendaten</b> Name Vorname Geburtsdatum Telefon Adresse	Geschlecht  <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> div.
Krankenhausaufenthalt    Beginn: _____    Ende: _____	
Verstorben? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein	

**Klinische Symptomatik:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber                    | <input type="checkbox"/> Endokarditis                  |
| <input type="checkbox"/> Meningitis                | <input type="checkbox"/> Wunde/Hautgeschwür/Hautläsion |
| <input type="checkbox"/> Pneumonie                 |  |
| <input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild |  |

Zusatzinformationen bei septischem Krankheitsbild

- ☐ zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang anderer Art  
☐ sonstige Fremdkörper-assoziierte Infektion  
☐ Fokus unbekannt

Nosokomialer Ausbruch? ☐ ja ☐ neinWird in Gemeinschaftseinrichtung betreut? ☐ Ja ☐ nein

Wenn ja (Name der Einrichtung): \_\_\_\_\_

Aufnahmescreening durchgeführt? ☐ nein ☐ ja, Befund vom: \_\_\_\_\_

Sonstiges:

**Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden an:**

Kreis Stormarn Gesundheitsaufsicht Mommsenstraße 13 23843 Bad Oldesloe  Tel: 04531 160 1788 Fax: 04531 160 1626  Infektionsschutz@kreis-stormarn.de	<b>Erkrankungsdatum:</b> _____  <b>Diagnosedatum:</b> _____  <b>Datum der Meldung:</b> _____	Meldende Person (Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnr.)
---	---	--

