

Kopfbogen der Einrichtung

Pflege-Überleitbogen bei Keimträgerschaft multiresistenter Erreger

Datum: _____

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Aufnehmende Einrichtung: _____

Der Patient ist Träger des folgenden multiresistenten Erregers:

- Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)
- Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)
- Extended Spektrum Betalaktamase (ESBL)-Bildner
- Sonstiger multiresistenter Erreger _____

Der Erreger wurde in folgendem Untersuchungsmaterial nachgewiesen:

Nase	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	Wunde	<input type="checkbox"/>
Rachen	<input type="checkbox"/>	Perianal	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Resp. Sekret	<input type="checkbox"/>	Rektal	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Sanierungsstatus:

Sanierungsmaßnahmen begonnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sanierungsmaßnahmen abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkung: nach Sanierungsmaßnahmen sind Kontrollabstriche nötig.

Bemerkungen zur Keimträgerschaft: _____

Vielen Dank für ihre Bemühungen.

Sollten Sie noch Fragen haben, so rufen Sie uns bitte an.

Stempel / Datum / Unterschrift