|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientendaten (ggf. Etikett)Name:       Geb.Datum:      Anschrift:       | Verlegende Einrichtung (ggf. Stempel)Ansprechpartner / Telefon      /       |  |

**Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach §23 IfSG**

[ ]  **MRSA** Methicillin-resistenter *Stapylococcus aureus*

 [ ]  **VRE** Vancomycin-resistenter *Enterococcus*

 [ ]  **Enterobacteriacae** *(z.B E.coli, Klebsiellen)* [ ]  3 MRGN [ ]  4 MRGN

 [ ]  **Acinetobacter baumanii** [ ]  3 MRGN [ ]  4 MRGN

 [ ]  **Pseudomonas aeruginosa** [ ]  3 MRGN [ ]  4 MRGN

 [ ]  sonstige Erreger:

**Trägerstatus:**

 [ ]  Besiedelt/Kolonisiert [ ]  Infiziert

**Lokalisation:**

[ ]  Nase [ ]  Rachen [ ]  Wunde [ ]  Haut

[ ]  Sputum/Trachealsekret [ ]  Urin [ ]  Blutkultur [ ]  Liquor

[ ]  Stuhl/Analabstrich [ ]  sonstige Lokalisation:

**MRSA Sanierungsstatus:**

Sanierung wurde begonnen: [ ]  ja [ ]  nein Datum:

Name/Wirkstoff/Dosis:

Die Sanierung wurde erfolgreich abgeschlossen [ ]  ja [ ]  nein Datum:

Die Sanierung war bisher erfolglos. [ ]

|  |
| --- |
| Bemerkungen zur Sanierung/Therapie/Präparat    |

MRE Informationen erfolgten an [ ] den Patienten[ ] den Angehörigen

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift des behandelnden Arztes**