

Übergabebogen für multiresistente Erreger (MRE) und sonstige Infektionskrankheiten (gemäß § 23 Abs. 8 IfSG i.V. mit § 2 Abs. 1 S. 6 HygMedVO NRW)

Patientendaten (ggf. Etikett): Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Abgebende Einrichtung (ggf. Stempel): Ansprechpartner: Tel.:
--	---

Aufnehmende Einrichtung/Pflege/weiterbehandelnder Arzt/Krankentransport: _____ _____ Verlegung des o. g. Patienten wurde der aufnehmenden Einrichtung telefonisch mitgeteilt: <input type="checkbox"/> Ja , am: _____ bei: _____ durch: _____ <input type="checkbox"/> Nein (Datum) (Name Gesprächspartner) (Name Anrufer)
--

Nachgewiesener Erreger nach IfSG § 23 Abs. 8 S. 10: <input type="checkbox"/> MRSA Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> <input type="checkbox"/> VRE Vancomycin-resistenter <i>Enterococcus</i> <input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z.B. <i>E. coli</i> oder <i>Klebsiellen</i>) <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--

MRE-Nachweis in: M <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Atemwege <input type="checkbox"/> Harnwege <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ R E Datum letzter Nachweis: _____
--

Sonstige übertragbare Infektionserkrankung: I _____ N _____ F Art des Erregers: _____
--

Informationen über den MRSA-Sanierungsstatus: Sanierung begonnen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ Sanierung abgeschlossen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kontrollabstrich durchgeführt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis: _____

Bemerkungen:

Unterschrift: _____
(Ärztin/Arzt oder Pflegekraft)