

**Überleitungsbogen  
für Patienten  
mit multiresistenten Erregern  
MRE**



Patientenaufkleber  
Name, Geburtsdatum

Logo der Einrichtung bitte einfügen

**Der Überleitungsbogen dient der Information des weiterbetreuenden Arztes und der weiterbetreuenden Einrichtung**

Name der aufnehmenden Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Der Patient ist mit folgenden multiresistenten Erregern:**     besiedelt                       infiziert  
 MRSA             2 MRGN                       3 MRGN                       4 MRGN                       MRE

Erreger: \_\_\_\_\_

**Positiver Befund im Untersuchungsmaterial**

**Datum:** \_\_\_\_\_

- |  |                                   |                                 |                                |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasen-Rachen-Raum | <input type="checkbox"/> Perianal | <input type="checkbox"/> Urin   | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Trachealsekret    | <input type="checkbox"/> Rektal   | <input type="checkbox"/> Blut   |                                |
| <input type="checkbox"/> Haut              | <input type="checkbox"/> Wunde    | <input type="checkbox"/> Liquor |                                |

**Sanierungsmaßnahmen / Sanierungsstatus**

- Es wurde **keine** Sanierungsbehandlung durchgeführt.
- Es wurde **eine** Sanierungsbehandlung durchgeführt
- Es wurden **zwei** Sanierungsbehandlungen durchgeführt

Die Sanierung erfolgte mit \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis zum: \_\_\_\_\_

nach den aktuellen KRINKO-Empfehlungen.

- Die Sanierung konnten abgeschlossen werden                       3x neg. Abstrichergebnisse  
 Die Ergebnisse stehen noch aus

Die Sanierung wurde begonnen, konnte aber nicht beendet werden. Wir bitten um Fortsetzung des Sanierungsschemas und um Abstrichkontrollen.

**Therapie / Antiinfektiva**

- Es wurde keine Therapie durchgeführt
- Die Antibiotikatherapie wurde durchgeführt mit \_\_\_\_\_
- Die Antibiotikatherapie wurde begonnen und muss fortgesetzt werden. (s. Entlassungsbrief des behandelnden Arztes)
- AB hier ausgetestet und als wirksam befunden
- vgl. Abstrichergebnisse lt. Anlage
- \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

(Unterschrift)