



Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-resistenter gramnegativer Erreger

Patienten-Name Vorname

Geb. Datum: Tag Monat Jahr
 Geschlecht: männl. weibl.
 Verstorben: Nein Ja verstorben am: | |

Krankenhaus / Einrichtung/Ambulanz
 Ggf. Stempel

Station
Behand. Ärztin/Arzt
Tel.: Fax:
Datum Unterschrift

Inhalte der doppelt umrandeten Abschnitte werden nicht an das HLPUG weitergeleitet!

Nachweis von: (Name des Keims) am: | |

Aufenthalt im Krankenhaus bei Erregernachweis? Nein Ja Wenn ja, stat. Aufnahme am | |

Kolonisation: Nein Ja Wenn ja, Nachweis in:
 Urin Stuhl/Analabstrich Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges :

Infektion: Nein Ja Wenn ja, Tag des Beginns der Erkrankung: | | (Tag/Monat/Jahr)

Nachweis in: Urin Blut Trachealsekret/Abstrich Wunde Sonstiges :

Ist der Patient Teil eines bekannten Ausbruchs? Nein Ja

Wohnort des Patienten: Eigener Haushalt Altenpflegeheim Sonstiges

Aufenthalte außerhalb Deutschlands während der letzten 12 Monate ? Nein Ja Nicht ermittelbar

Land (Reiseland <input type="checkbox"/> , Wohnsitz <input type="checkbox"/> , Flüchtling <input type="checkbox"/>)	Beginn (Monat/Jahr)	Dauer (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung? (Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>) Wenn ja, welche?

Frühere Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate ? Nein Ja Nicht ermittelbar

Namen der zuletzt besuchten Einrichtungen	Datum der Aufnahme

Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes

War bei dem Patienten der Nachweis eines 4MRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche/r?
Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>
War/ist der Patient isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, ab wann? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> (Tag/Monat/Jahr)
Wie war/ist der Patient isoliert? Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung <input type="checkbox"/>
Gab es vor Isolierung Kontaktpatienten im Patientenzimmer? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten gescreent? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

AZ des Gesundheitsamtes des Wohnortes des GA der Klinik