Gesundheitsamt Main-Taunus-Kreis

Fax-Nr.: 06192 201-1731

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 ☐, Wohnsitz ☐, Flüchtling ☐)	Beginn (Monat/Jahr)	Dauer (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung? (Nein ☐ Ja☐) 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 ☐ Ja ☐
Wenn ja, welche/r?
Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? Nein ☐ Ja ☐ Ergebnis: positiv ☐ negativ ☐

War/ist der Patient isoliert? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, ab wann? |_._| _._|_._._._| (Tag/Monat/Jahr)

Wie war/ist der Patient isoliert? Einzelzimmer ☐ Kohortenisolierung ☐

Gab es vor Isolierung Kontaktpatienten im Patientenzimmer? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten gescreent? Nein ☐ Ja ☐
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten isoliert? Nein ☐ Ja ☐

AZ ..... des Gesundheitsamtes des Wohnortes ☐ des GA der Klinik ☐