



Ermittlungsbogen für Meldungen carbapenemresistenter gramnegativer Erreger

Patienten-Name: Vorname:
 Wohnort:

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 Stat. Aufnahme am: __|__|__

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

Infektion: Nein 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

Wohnung 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 (Tage)	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 Ja
 Wenn ja, welche/r?
 Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? Nein Ja Ergebnis: positiv negativ
 War/ist der Patient isoliert? Nein Ja Wenn ja, seit 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

Aktenzeichen: des Gesundheitsamtes des Wohnortes der Klinik