



## Ermittlungsbogen für Meldungen carbapenemresistenter gramnegativer Erreger

Patienten-Name: ..... Vorname: .....  
 Wohnort: .....

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

### 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:  Tag  Monat  Jahr

Aufenthalt im Krankenhaus bei Erregernachweis: Nein  Ja  Stat. Aufnahme am:  Tag  Monat  Jahr

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