



Ermittlungsbogen für Meldungen carbapenemresistenter gramnegativer Erreger

Patienten-Name:	Vorname:
Wohnort:	

Geb.Datum:

 /

 /

 Geschlecht: männl. weibl.
 Tag Monat Jahr 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 <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, seit wann? _ _ / _ _ / _ _ (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"/>	

Aktenzeichen: des Gesundheitsamtes des Wohnortes der Klinik