

# Ermittlungsbogen für *Enterobacteriaceae* und *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Carbapenemase-Nachweis

Ermittlung in Ergänzung zum Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.



## Informationen zum Patienten

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....  m  w

**Einrichtungsdaten** (Krankenhaus/Praxis, ggf. Stempel)

## Hospitalisierung

Aktuell hospitalisiert:  Nein  Ja Aufnahme datum ..... Station: .....

aufgrund des gemeldeten Erregers  aufgrund anderer Ursache  Ursache ist unbekannt

## Verstorben

Nein  Ja Verstorben am: .....

Todesursache  an dem gemeldeten Erreger  aufgrund anderer Ursache

Patient wohnhaft in Gemeinschaftsunterkunft?  Nein  Ja Name d. Einrichtung: .....

Frühere Krankenhausaufenthalte (letzte 12 Monate)  Nein  Ja  nicht ermittelbar

Kontakt zu Gesundheitssystem im Ausland (letzte 12 Monate)  Nein  Ja  nicht ermittelbar

Name und Ort (im Ausland Land) des Krankenhauses	Zeitraum (von-bis)

Ist der Patient Teil eines **Ausbruchs**?  Nein  Ja

## Klinische Informationen

### Grund für Untersuchung

Aufnahmescreening  Aufenthalt Intensivstation

Kontaktperson  V.a. Infektion

Kolonisation

Infektion Erkrankungsbeginn: .....

Lokalisation: .....

Probeentnahme-Datum: .....

Erreger: .....

Carbapenemase:  Nein  Ja, welche .....

## Zusatzinformationen

Aufenthalte außerhalb Deutschlands (letzte 12 Monate)  Nein  Ja  nicht ermittelbar

Land	Grund des Aufenthalts		Datum des Aufenthalts	Medizinische Behandlung	
	<input type="checkbox"/> Reise	<input type="checkbox"/> Wohnsitz		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Reise	<input type="checkbox"/> Wohnsitz		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Reise	<input type="checkbox"/> Wohnsitz		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Infektionshygienische Maßnahmen

Nachweis eines CRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt?  Nein  Ja, welcher .....

Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt?  Nein  Ja  negativ  positiv

War/ist der Patient isoliert?  Nein  Ja, seit .....

Einzelzimmer  Kohortenisolierung

## Status vor Isolierung

Kontaktpatienten im Zimmer?  Nein  Ja

Screening von Kontaktpatienten?  Nein  Ja

Isolierung von Kontaktpatienten?  Nein  Ja