



Informations-/Übergabebogen

**Multi-
Resistente-
Erreger**

Patientendaten / Aufkleber:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Einrichtung / Stempel:

Telefon für Rückfragen:

Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen nach § 23 Abs. 8 Nr. 10 IfSG i.V.m. MedhygV Rheinland-Pfalz:

Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) MRSA-Dekolonisation begonnen: ja nein

Vancomycin-resistenter Enterococcus (VRE)

Enterobacteriaceae (z.B. E. coli, Klebsiellen etc) 3MRGN 4MRGN

Acinetobacter baumannii 3MRGN 4MRGN

Pseudomonas aeruginosa 3MRGN 4MRGN

Lokalisation: Nase, Rachen Sputum/Trachealsekret

Wunde Urin

Stuhl/Anal Device (z.B. Sonde, AP, _____)

Blutkultur Haut: Lokalisation

Trägerstatus: Kolonisation Infektion

Letzter Nachweis: _____
(Datum)

Name u. Unterschrift:

Sonstiges/Anmerkungen (bei Bedarf, ggf. gesondertes Blatt verwenden):

