

## MRE-Überleitungsbogen

Patientenaufkleber

Einrichtung:

Straße:

Ort:

**\*Mindestangaben**

**Zutreffendes bitte unterstreichen.**

**\*Nachweis von:**

**MRSA/VRE/3-/4-MRGN** \_\_\_\_\_

Nachgewiesen:

Aktueller Aufenthalt / Früherer Aufenthalt /  
Nachweis in anderer Einrichtung

Lokalisation/Status:

Nase/Rachen/Haut/Rektal/Stuhl/Sonstige \_\_\_\_\_  
Besiedlung / Infektion / Nicht beurteilbar

**\*Letzter Nachweis am:**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Informationsweitergabe:

Patient / Angehörige / Betreuer / Sonstige \_\_\_\_\_

Sanierung:

Nicht begonnen / Begonnen / Beendet

Eingesetzte Substanzen:

Mupirocin- / Octenidin-Nasensalbe  
Octenidin- / Polihexanid-basierte Waschpräparate  
Sonstige \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchungen:

Nicht durchgeführt / Begonnen / Beendet  
Befunde ausstehend / Vollständig vorliegend  
Bisher negativ / Vollständige Serie negativ

**\*Ansprechpartner:**

Herr/Frau \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(nur für nicht-sensible Daten zu verwenden)

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_