

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: _____