**Überleitungsbogen für MRE-Patienten**

 **Einrichtung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Straße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Patientenaufkleber

**Nachweis von:** Wählen Sie ein Element aus.

Lokalisation/Material/Status:Rektalabstrich/Stuhl; Besiedlung.

Letzter Nachweis am: 09.05.2017

Informationsweitergabe: Patient, Angehörige

**Ansprechpartner:** Herr Müller Funktion: *HFK*

***Tel.: E-Mail:***

**Datum Unterschrift**