



## Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-resistenter gramnegativer Erreger

Patienten-Name .....	Vorname .....
----------------------	---------------

Geb. Datum: 

_
Tag

_
Monat

_ _ _
Jahr

 Geschlecht: männl.  weibl.   
 Verstorben: Nein  Ja  verstorben am: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Krankenhaus / Einrichtung/Ambulanz**  
Ggf. Stempel

Station .....
Behand. Ärztin/Arzt .....
Tel.: ..... Fax: .....
Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span>

**Inhalte der doppelt umrandeten Abschnitte werden nicht an das HLPUG weitergeleitet!**

Nachweis von: .....(Name des Keims) am: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Aufenthalt im Krankenhaus bei Erregernachweis? Nein  Ja  Wenn ja, stat. Aufnahme am |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Kolonisation: Nein  Ja  Wenn ja, Nachweis in:  
 Urin  Stuhl/Analabstrich  Trachealsekret/Abstrich  Wunde  Sonstiges : .....

Infektion: Nein  Ja  Wenn ja, Tag des Beginns der Erkrankung: |\_|\_|\_|\_|\_|\_| (Tag/Monat/Jahr)

Nachweis in: Urin  Blut  Trachealsekret/Abstrich  Wunde  Sonstiges : .....

Ist der Patient Teil eines bekannten Ausbruchs? Nein  Ja

Wohnort des Patienten: Eigener Haushalt  Altenpflegeheim  Sonstiges  .....

Aufenthalte außerhalb Deutschlands während der letzten 12 Monate ? Nein  Ja  Nicht ermittelbar

Land (Reiseland <input type="checkbox"/> , Wohnsitz <input type="checkbox"/> , Flüchtling <input type="checkbox"/> )	Beginn (Monat/Jahr)	Dauer (in Tagen)	Erfolgte eine medizinische Behandlung? (Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ) Wenn ja, welche?

Frühere Krankenhausaufenthalte während der letzten 12 Monate ? Nein  Ja  Nicht ermittelbar

Namen der zuletzt besuchten Einrichtungen	Datum der Aufnahme

**Maßnahmen im Krankenhaus während des aktuellen Aufenthaltes**

War bei dem Patienten der Nachweis eines 4MRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche/r?
Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>
War/ist der Patient isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, ab wann?  _ _ _ _ _ _  (Tag/Monat/Jahr)
Wie war/ist der Patient isoliert? Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung <input type="checkbox"/>
Gab es vor Isolierung Kontaktpatienten im Patientenzimmer? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten gescreent? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, wurden/werden Kontaktpatienten isoliert? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**AZ** ..... des Gesundheitsamtes des Wohnortes  des GA der Klinik