|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientendaten (ggf. Etikett)  Name:  Geb.Datum:  Anschrift: | Verlegende Einrichtung  (ggf. Stempel)  Ansprechpartner / Telefon        / |  |

**Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach §23 IfSG**

**MRSA** Methicillin-resistenter *Stapylococcus aureus*

**VRE** Vancomycin-resistenter *Enterococcus*

**Enterobacteriacae** *(z.B E.coli, Klebsiellen)*  3 MRGN  4 MRGN

**Acinetobacter baumanii**  3 MRGN  4 MRGN

**Pseudomonas aeruginosa**  3 MRGN  4 MRGN

sonstige Erreger:      

**Trägerstatus:**

Besiedelt/Kolonisiert  Infiziert

**Lokalisation:**

Nase  Rachen  Wunde  Haut

Sputum/Trachealsekret  Urin  Blutkultur  Liquor

Stuhl/Analabstrich  sonstige Lokalisation:

**MRSA Sanierungsstatus:**

Sanierung wurde begonnen:  ja  nein Datum:

Name/Wirkstoff/Dosis:

Die Sanierung wurde erfolgreich abgeschlossen  ja  nein Datum:

Die Sanierung war bisher erfolglos.

|  |
| --- |
| Bemerkungen zur Sanierung/Therapie/Präparat |

MRE Informationen erfolgten an den Patientenden Angehörigen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift des behandelnden Arztes**