



Überleitungsbogen für Patienten mit **MultiResistenten Erregern**  
und anderen Infektionserregern

(gemäß IfSG §23 Abs. 8 i.V. mit HHygVO § 2 Abs. 5)

Bitte immer **3fach** ausfertigen für abgebende Einrichtung, qualifizierten Krankentransport und aufnehmende Einrichtung/Pflege

<p><b>Patientendaten</b> (ggf. Etikett):</p> <p>Name</p> <p>Geb.dat.</p> <p>Adresse</p>	<p><b>Abgebende Einrichtung</b> (ggf. Stempel):</p>   <p>Ansprechpartner:                      Tel.:</p>
---	---

**Transportziel:**

**Kein Anhalt für das Vorliegen eines übertragbaren Erregers**

**Nachgewiesener Erreger mit spezieller Resistenzlage nach IfSG § 23 Abs. 8 Satz 10:**

<input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <b>VRE</b> Vancomycin-resistenter <i>Enterococcus</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <b>Enterobacteriaceae</b> (z.B. <i>E. coli</i> oder <i>Klebsiellen</i> )	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <b>Acinetobacter baumannii</b>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <b>Pseudomonas aeruginosa</b>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	<input type="checkbox"/> Sonstiger MRE	

Sonstige wichtige Erreger (z. B. Tbc, Hep, Influenza, Noro, Rota, Meningokokken)

\_\_\_\_\_

**Trägerstatus:**

Kolonisation                       Infektion                       unbekannt

**Lokalisation:**

Nase                                       Rachen                               Sputum/Trachealsekret

Blutkultur                               Wunde                               Urin

Stuhl/Analabstrich                       Device ( PEG     AP     \_\_\_\_\_)

Haut - Lokalisation: \_\_\_\_\_

Datum letzter Nachweis: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

**Maßnahmen bei MRSA-Kolonisation:**

MRSA-Dekolonisation begonnen:     Ja                       Nein                      Datum: \_\_\_\_\_

MRSA-Dekolonisation abgeschlossen:  Ja                       Nein

MRSA-Dekolonisation mit: \_\_\_\_\_

Name/Wirkstoff und Dosis

**Bemerkungen:**

Datum, Name und Unterschrift