



AZ (SurvNet) ..... Früheres AZ ..... im Gesundheitsamt

## Ermittlungsbogen für Meldungen Carbapenem-nichtempfindlicher Enterobacteriaceae und Acinetobacter

Patienten-Name: ..... Vorname:.....  
 Wohnort des Patienten: .....

Geb. Datum: 

_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr

 Geschlecht: männl.  weibl.   
 Verstorben: Nein  Ja  Verstorben am: |\_|\_|\_|\_|\_|  
 Todesursache:  an dem gemeldeten Erreger  aufgrund anderer Ursache

**Krankenhaus / Einrichtung / Praxis**  
 Stempel

Telefon:  
 Arzt/ Ärztin:  
 Unterschrift:  
 Datum:

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

Zum Zeitpunkt des Erreger-Nachweises in **stat. Behandlung**: Nein  Ja  stat. Aufnahme am: |\_|\_|\_|\_|\_|

**Nachgewiesener Keim**: ..... Nachweis am: |\_|\_|\_|\_|\_|

Carbapenemase nachgewiesen: Nein  Ja  und zwar: ..... Ergebnis ausstehend

**Grund für Untersuchung**: Screening bei stationärer Aufnahme  Umgebungsuntersuchung / Kontaktperson   
 Aufenthalt auf Intensiv  Diagnostik bei V.a. Infektion  Sonstiges: .....

**Infektion**: Nein  Ja  Wenn ja, Erkrankungsbeginn: |\_|\_|\_|\_|\_| Lokalisation: .....

**Kolonisation**: Nein  Ja

Ist der Patient Teil eines bekannten **Ausbruchs**? Nein  Ja

Patienten wohnhaft in: eigenem Haushalt  Alten-/Pfleheim  Sonstiges: .....

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

Land	W = Wohnsitz R = Reiseland	Beginn (Monat/Jahr)	Medizinische Behandlung im Ausland
	W <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht ermittelbar <input type="checkbox"/>
	W <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht ermittelbar <input type="checkbox"/>

**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 CRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? Nein  Ja   
 Wenn ja, welche/r? Keim wie oben  Anderer Keim: .....

Wurde ein MRGN-Aufnahmescreening durchgeführt? Nein  Ja  Ergebnis: positiv  negativ

War/ist der Patient isoliert? Nein  Ja  Wenn ja, ab wann? |\_|\_|\_|\_|\_|

Wie war/ist der Patient isoliert? Einzelzimmer  Kohortenisolierung  Sonstiges:  .....

Status 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"/>
wurden/werden Kontaktpatienten isoliert?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>