

Ermittlungsbogen für *Enterobacteriaceae* und *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Carbapenemase-Nachweis

Ermittlung in Ergänzung zum Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.



Informationen zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ m ☐ w

Einrichtungsdaten (Krankenhaus/Praxis, ggf. Stempel)

Hospitalisierung

Aktuell hospitalisiert: ☐ Nein ☐ Ja Aufnahme datum: _____ Station: _____

☐ aufgrund des gemeldeten Erregers ☐ aufgrund anderer Ursache ☐ Ursache ist unbekannt

Verstorben ☐ Nein ☐ Ja Verstorben am: _____

Todesursache ☐ an dem gemeldeten Erreger ☐ aufgrund anderer Ursache

Patient wohnhaft in Gemeinschaftsunterkunft? ☐ Nein ☐ Ja Name d. Einrichtung: _____

Frühere Krankenhausaufenthalte (letzte 12 Monate) ☐ Nein ☐ Ja ☐ nicht ermittelbar

Kontakt zu Gesundheitssystem im Ausland (letzte 12 Monate) ☐ Nein ☐ Ja ☐ nicht ermittelbar

| Name und Ort (im Ausland Land) des Krankenhauses | Zeitraum (von-bis) |
|--|--------------------|
| | |
| | |
| | |

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

Klinische Informationen

Grund für Untersuchung ☐ Aufnahmescreening ☐ Aufenthalt Intensivstation
☐ Kontaktperson ☐ V.a. Infektion
☐ Kolonisation ☐ Infektion Erkrankungsbeginn: _____
Lokalisation: _____

Probeentnahme-Datum: _____

Erreger: _____ **Carbapenemase:** ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Zusatzinformationen

Aufenthalte außerhalb Deutschlands (letzte 12 Monate) ☐ Nein ☐ Ja ☐ nicht ermittelbar

| Land | Grund des Aufenthalts | Datum des Aufenthalts | Medizinische Behandlung |
|------|--|-----------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> Reise <input type="checkbox"/> Wohnsitz | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Reise <input type="checkbox"/> Wohnsitz | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Infektionshygienische Maßnahmen

Nachweis eines CRGN-Erregers bei Aufnahme bekannt? ☐ Nein ☐ Ja, welcher _____
Wurde ein Aufnahmescreening durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja ☐ negativ ☐ positiv
War/ist der Patient isoliert? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____
☐ Einzelzimmer ☐ Kohortenisolierung

Status vor Isolierung

Kontaktpatienten im Zimmer? ☐ Nein ☐ Ja
Screening von Kontaktpatienten? ☐ Nein ☐ Ja
Isolierung von Kontaktpatienten? ☐ Nein ☐ Ja