Name der Einrichtung, Stempel, Logo

Patient (Name, Vorname, Adresse)

,

**MRE-Überleitbogen**

Nachweis eines Krankenhauserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
gemäß § 23 Abs. 8 IfSG und § 11 MedIpVO SH
an den mit/weiterbehandelnden Arzt [[1]](#footnote-1)/ die aufnehmende Einrichtung

|  |
| --- |
| **🡪 Hinweis für Krankentransport** |
| [x]  | Handschuhe + Kittel | [ ]  | Mundschutz + ggf MNS für Pat. |
| [ ]  | Bei Kontamination mit Fäkalien Volldesinfektion |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Erreger:** |  | **Lokalisation:** |
| [ ]  | **MRSA** (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) |  | [ ]  **Wunde**, bitte spezifizieren      | [ ]  Nasenvorhof |
| [ ]  | **VRE** (Vancomycin-resistenter Enterococcus faecium) |  | [ ]  Haut (Leiste, Achsel) |
| [ ]  | **3MRGN** (multiresistente gramnegative Erreger) |  | [ ]  **Devices** (ZVK etc.)  bitte spezifizieren      | [ ]  Mund/Rachen |
| [ ]  | **4MRGN** (multiresistente gramnegative Erreger) |  | [ ]  Sputum/Trachealsekret |
|  |   |  | [ ]  **Sonstige:**      | [ ]  Urin |
| [ ]  | **CDI** (Clostridioides difficile-assoziierte Diarrhoe) |  | [ ]  Stuhl |
| [ ]  | **Sonstiger Nachweis** eines MRE, welcher?      |  |  |

|  |
| --- |
| **Infektion** |
| [ ]  | Es handelt sich um eine ([ ]  dauerhafte) Kolonisation / Besiedelung |
| [ ]  | Es besteht eine (zusätzliche) Infektion. Bitte spezifizieren: |
| [ ]  | Es wurden weitere Abstriche vorgenommen – die Ergebnisse liegen noch nicht vor. |

|  |
| --- |
| **Therapie** |
| [ ]  | Lokale Therapie mit: | seit/von       | bis       |
|      [ ]  Materialien mitgegeben |
| [ ]  | Systemische Therapie mit      |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Aufklärung Patient / Angehörige erfolgt und Merkblatt mitgegeben |
| [ ]  | Aufnehmende Einrichtung telefonisch vorab informiert |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:      Erstellt durch:       | Telefonnummer für Rückfragen      |

1. Hinweis an Hausarzt: Bitte ggf. umgehend amb. Pflegedienst / stationäre Pflegeeinrichtung informieren [↑](#footnote-ref-1)