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** | | | |
|  | 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)