**MRE-Überleitungsbogen**

Einrichtung:

 Straße:

 Ort:

Patientenaufkleber

**\*Mindestangaben Zutreffendes bitte unterstreichen.**

**\*Nachweis von: MRSA/VRE/3-/4-MRGN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nachgewiesen: Aktueller Aufenthalt / Früherer Aufenthalt /

 Nachweis in anderer Einrichtung

Lokalisation/Status:Nase/Rachen/Haut/Rektal/Stuhl/Sonstige\_\_\_\_\_\_\_\_

 Besiedlung / Infektion / Nicht beurteilbar

\***Letzter Nachweis am: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informationsweitergabe: Patient / Angehörige / Betreuer / Sonstige\_\_\_\_\_\_

Sanierung:Nicht begonnen / Begonnen / Beendet

Eingesetzte Substanzen: Mupirocin- / Octenidin-Nasensalbe

 Octenidin- / Polihexanid-basierte Waschpräparate

 Sonstige\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchungen: Nicht durchgeführt / Begonnen / Beendet

 Befunde ausstehend / Vollständig vorliegend

 Bisher negativ / Vollständige Serie negativ

**\*Ansprechpartner:** **Herr/Frau** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nur für nicht-sensible Daten zu verwenden)

**Datum : \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**