**Überleitungsbogen für MRE-Patienten**

**Einrichtung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Patientenaufkleber

**Nachweis von:** Wählen Sie ein Element aus.

Lokalisation/Material/Status:Rektalabstrich/Stuhl; Besiedlung.

Letzter Nachweis am: 09.05.2017

Informationsweitergabe: Patient, Angehörige

**Ansprechpartner:** Herr Müller Funktion: *HFK*

***Tel.: E-Mail:***

**Datum Unterschrift**