

Begleitbogen **MultiResistenteErreger** Hamburg **Krankentransport und Rettungsdienst**

Verlegende Einrichtung/Stempel:	Name des Patienten (ggfs. Aufkleber)
Telefon für Rückfragen:	

Aktueller Nachweis eines Krankheitserregers mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 10 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 14 Absatz 1 HmbMedHygVO und §5 HmbRDG.		
<input type="checkbox"/> Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)		
<input type="checkbox"/> <i>Vancomycin-resistenter Enterococcus</i> (VRE)		
<input type="checkbox"/> Enterobacteriaceae (z.B. <i>E. coli</i> , Klebsiellen etc.)	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter baumannii</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
<input type="checkbox"/> Andere Erreger	Welche _____	

Nachweisort des Erregers / Lokalisation	
<input type="checkbox"/> Nase/Rachen	<input type="checkbox"/> Sputum/Tracheal
<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> Stuhl/Anal	<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Blutkultur	<input type="checkbox"/> Devices*

*z.B. Katheter, Sonden, PEG, Tracheostoma, Stoma

Information zum Transport aus Einrichtung erhalten:

Datum:

Unterschrift: