



# Überleitbogen MRE-Netzwerk Ortenau

Datum:

Name des Patienten

Geburtsdatum:

Ansprechpartner: Dr. Rauscher  
Tel. 0781/805-9701

Aufnehmende Einrichtung:

Der Patient ist Träger des folgenden multiresistenten Erregers:

- Methicillin- resister Staphylococcus aureus (MRSA)
- Multiresistenter gramnegativer Erreger (ESBL / 4MRGN)
- Vancomycin- resister Enterococcus (VRE)
- Sonstiger Erreger:

Der Erreger wurde in folgendem Untersuchungsmaterial nachgewiesen:

- |                                       |                                   |                                |                                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nase         | <input type="checkbox"/> Rektal   | <input type="checkbox"/> Wunde | <input type="checkbox"/> Urin      |
| <input type="checkbox"/> Rachen       | <input type="checkbox"/> Perianal | <input type="checkbox"/> Haut  | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Resp. Sekret |                                   |                                |                                    |

**MRSA- Sanierungsstatus:**

- |                                   |                             |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sanierung begonnen                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sanierungsprotokoll liegt bei     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sanierungsmaßnahmen abgeschlossen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Merkblatt ausgehändigt:           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bemerkungen zur Keimträgerschaft:

**Anmerkung:**

nach Sanierungsmaßnahmen sind 3 Kontrollabstriche nötig

Kontrollabstrich durchgeführt:  ja  nein

**Jeweils ein Exemplar für:**

Patientenakte  
Patientenbeförderung  
(DRK etc.)  
Aufnehmende Einrichtung  
Hausarzt (Fax)  
ggf. amb. Pflegedienst

-----  
Datum / Unterschrift / Stempel