

Landratsamt Ortenaukreis
Gesundheitsamt – SG 515
Leutkirchstraße 34b
77723 Gengenbach

Tel: 0781 805 6671
Fax: 0781 805 1143
E-Mail: Klinikhygiene@ortenaukreis.de

Erhebungsbogen MRSA

Für Ermittlungen gemäß §25 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhebt das Gesundheitsamt Daten zu MRSA-Fällen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient/in:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hausarzt: _____

Krankenhaus / Einrichtung:

Name: _____

Ort: _____

Station: _____

Meldende Person:

Name: _____

Funktion: _____

Erster Nachweis des Erregers für den aktuellen Aufenthalt:

Nachweis am: _____ Material: _____

PVL nachgewiesen? ☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Diagnose: _____

Wurde der Erreger für den aktuellen Aufenthalt im Aufnahmescreening nachgewiesen?

☐ ja ☐ nein (ggf. anderes Screening: _____)

War eine Trägerschaft des Erregers bereits vor Aufnahme des Patienten bekannt (z.B. Voraufenthalte, Info durch Einweiser)?

☐ nein ☐ ja Bekannt durch: _____

Stationärer Klinikaufenthalt?

☐ nein ☐ ja von: _____ bis: _____ Station: _____

Einstufung des MRE-Nachweises für den aktuellen Aufenthalt

- ☐ nosokomial (Nachweis >48h nach Aufnahme)
☐ mitgebracht (Nachweis ≤48h nach Aufnahme oder Erreger bei Pat. bekannt)

Kolonisation?

- ☐ nein ☐ ja Nachweis in (Material): _____

Infektion?

- ☐ nein ☐ ja Nachweis in (Material): _____

Wenn ja, Art der Infektion: _____ Erkrankungsbeginn: _____

Wurde Patient über Infektion/Kolonisation informiert?

- ☐ ja ☐ nein Wenn nein, Grund: _____

Hat Patient schriftliche Infomaterialien zu MRSA erhalten?

- ☐ ja ☐ nein Wenn nein, Grund: _____

Wurde beim aktuellen Aufenthalt eine Dekolonisierung begonnen?

- ☐ ja ☐ nein Wenn nein, Grund: _____

Frühere Krankenhausaufenthalte (letzten 12 Monate)

- ☐ nein ☐ ja ☐ Nicht ermittelbar

Wenn ja bitte ausfüllen:

Name des Krankenhauses	Ort	Station

Verstorben?

- ☐ nein ☐ ja am: _____

Ist der Patient Teil einer bekannten Häufung (>= 2 Fälle)?

- ☐ nein ☐ ja

Aufenthalt vor Aufnahme?

- ☐ Eigener Haushalt ☐ Pflegeheim Name Einrichtung: _____
☐ Gemeinschaftsunterkunft _____ ☐ Sonstiges: _____

Auslandaufenthalt vor Aufnahme (letzte 12 Monate)?

☐ Wohnsitz im Ausland, Land _____ ☐ Flüchtling, Land _____

☐ Reise(n) ins Ausland

Land	Kontakt zum Gesundheitssystem	
	Ja (Stationär/Ambulant)	Nein

Wurde Patient Isoliert?

☐ nein ☐ ja ab wann: _____

Gab es vor Isolierung Kontaktpersonen im Patientenzimmer (oder in anderen Konstellationen)?

☐ nein ☐ ja → Daten bitte in Tabelle eintragen (ggf. gesondertes Blatt nutzen):

Name	Vorname	Geburtsdatum	Straße, Nr.	PLZ	Ort

Wurden die Kontaktpersonen gescreent?

☐ ja ☐ nein Wenn nein, Grund: _____

Wurden die Kontaktpersonen prophylaktisch Isoliert?

☐ ja ☐ nein Wenn nein, Grund: _____

Bemerkung/Sonstiges:

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Ihre Rückantwort können Sie auf datensicherem Weg über unser Onlineportal (Link: <https://ortenaukreis.form.cloud/formcycle/form/provide/255/> oder QR-Code) hochladen. Alternativ können Sie die Rückantwort über <https://postbox.ortenaukreis.de> an Klinikhygiene@ortenaukreis.de übermitteln. Ein Passwort wurde i.d.R. mit Ihrer Einrichtung bereits vereinbart. Bei Fragen rufen Sie uns gerne an: Telefon: 0781 805 6671.

