

Landratsamt Ortenaukreis  
Gesundheitsamt – SG 515  
Leutkirchstraße 34b  
77723 Gengenbach

Tel: 0781 805 6671  
Fax: 0781 805 1143  
E-Mail: [Klinikhygiene@ortenaukreis.de](mailto:Klinikhygiene@ortenaukreis.de)

## Erhebungsbogen MRGN

Für Ermittlungen gemäß §25 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erhebt das Gesundheitsamt Daten zu MRGN-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: \_\_\_\_\_

Carbapenemase nachgewiesen (KPC, OXA-48)?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_  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 MRGN erhalten?**

- 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](mailto: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.

