

Frau  Herr

Name, Vorname geb. am

Straße Nr. PLZ Ort

Krankenkasse Patienten-Telefon

# Patientenüberleitung

© Krefelder Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz  
angelehnt an Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

## Anlage: MRE/MRSA

### Erregernachweis MRE (zum Zeitpunkt der Weiterverlegung/Entlassung)

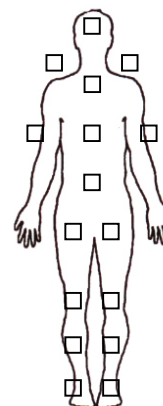
- Welcher MRE:**
- MRSA/ORSA** Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus/  
Oxacillin-resistenter Staphylococcus Aureus
  - VRE** Vancomycin-resistente Enterokokken
  - ESBL** Gramnegative Erreger mit „Extended-Spektrum-Beta-Lactamasen“
  - andere** \_\_\_\_\_

### Lokalisation

- Nase  Rachen  Respirationstrakt
- Urin  Wunde:
- Sonstiges:

### Datum der Feststellung:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



**Sanierungsbehandlung:** ja  nein

mit:

von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

zur Fortführung der Sanierung Mittel mitgegeben ja

**Behandlungserfolg:** ja  ungewiss  nein

Patient/in und Angehörige wurden über MRE-Besiedlung informiert.