

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon:

geb. am:

Geschlecht: weibl. männl.

Erhebungsbogen – vertraulich –
von Methicillin-resistente Stämme (MRSA)
nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 Kolonisiert Infiziert

Krankenhausaufenthalt: Beginn: _____ Ende: _____
Verstorben? ja _____ nein

Klinische Symptomatik:

- Fieber Endokarditis
- Meningitis Wunde/Hautgeschwür/Hautläsion
- Pneumonie
- septisches Krankheitsbild

Zusatzinformationen bei septischem Krankheitsbild

- zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang anderer Art
- sonstige Fremdkörper- assoziierte Infektion
- Fokus unbekannt

Nosokomialer Ausbruch? ja nein
Wird in Gemeinschaftseinrichtung betreut ja nein
Wenn ja (Name der Einrichtung) _____

Kontaktperson? ja nein
Aufnahmescreening durchgeführt? ja nein _____ Ergebnis positiv negativ

Sonstiges:

Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden

Senden an:

Kreis Segeberg
FD Infektionsschutz und
umweltbezogener Gesundheitsschutz
Hamburger Str. 30
23795 Bad Segeberg

Tel. 04551 951 9335
Fax 04551 951 9340
Email: infektionsschutz@segeberg.de

Erkrankungsdatum:
.....

Diagnosedatum:
.....

Datum der Meldung:
.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt,
Praxis, Krankenhaus, Adresse,
Telefonnr.)