

Frau Herr

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Adressaufkleber

Patientenüberleitung

Gesundheitskonferenz Rhein-Sieg-Kreis

Anlage: MRE

Logo

Erregernachweis MRE (zum Zeitpunkt der Weiterverlegung)

Welcher MRE ? MRSA VRE ESBL _____

gesichert

nicht gesichert (Befund noch ausstehend, siehe unten)

Lokalisation

Nase Rachen Urin Respirationstrakt

MRSA Wunde _____

sonstiges _____

Datum Erstbefund _____

Sanierung (bei Besiedlung)

von _____ bis _____

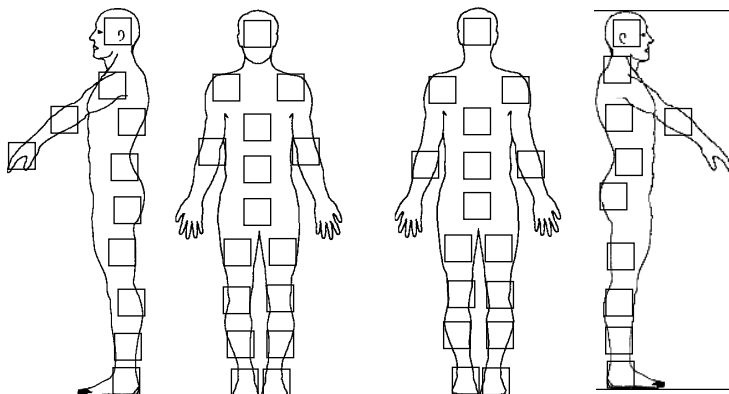
mit _____

Therapie (bei Infektion)

lokal _____

systemisch _____

Therapiebeginn lt. ärztl. Verordnung
von _____ bis (wahrsch.) _____



noch **ausstehende Befunde** (zum Zeitpunkt der Verlegung)

| | | | |
|--------------|-------|---------------|-------|
| vom Datum 1: | _____ | Lokalisation: | _____ |
| vom Datum 2: | _____ | Lokalisation: | _____ |
| vom Datum 2: | _____ | Lokalisation: | _____ |

noch **abzunehmende Abstriche** (zum Zeitpunkt der Verlegung)

| | | | |
|--------------|-------|---------------|-------|
| vom Datum 1: | _____ | Lokalisation: | _____ |
| vom Datum 2: | _____ | Lokalisation: | _____ |
| vom Datum 2: | _____ | Lokalisation: | _____ |

Therapieverlauf: 1. Wirkstoff/Präparat 2. Dosierung/Applikationsform 3. Zeitraum/Dauer

| | | | | | |
|-------|-------|------|-------|------|-------|
| _____ | _____ | von: | _____ | bis: | _____ |
| _____ | _____ | von: | _____ | bis: | _____ |
| _____ | _____ | von: | _____ | bis: | _____ |
| _____ | _____ | von: | _____ | bis: | _____ |

Weitere Empfehlung: _____

Telefon-Nummer Datum Name/Unterschrift der Pflegefachkraft