

Patient: Name: Vorname: Geburtsdatum:	Behandelnder Arzt: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">Stempel</div>
---	---

Grunderkrankungen: <input type="checkbox"/> keine Diagnose: a) b) c) Erstnachweis MRSA am: Lokalisation	Risikofaktoren: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pflegebedürftig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZVK/Port/Broviac <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Katheter (HWK, PEG etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haut- & Weichgewebeeinfektion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wunde (MRSA-kolonisiert) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atopisches Ekzem etc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges
--	--

Kolonisationsstatus vom:				
Lokalisation	positiv	negativ	Nicht untersucht	Untersuchungsdatum
Haaransatz				
Nase				
Rachen				
Achsel/Leiste				
Anus/Perineum				
Stuhl				
Sonstige:				

Sanierungsstatus (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Phase A + B	Phase C	Phase D	<input type="checkbox"/>	Phase E		Phase F
KEINE Sanierung begonnen	Sanierung 5-7 Tage	Pause 3 Tage	1. Kontrolle	vorläufiger Sanierungserfolg	2. Kontrolle 3. - 6. Monat	3. Kontrolle nach 12 Monaten	MRSA FREI

Datum: _____ Unterschrift: _____