

☐ Frau ☐ Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Patienten-Telefon \_\_\_\_\_

Adressaufkleber

# Patientenüberleitung

© Gesundheits- und Pflegekonferenz Essen

## Anlage: MRE

### 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 \_\_\_\_\_

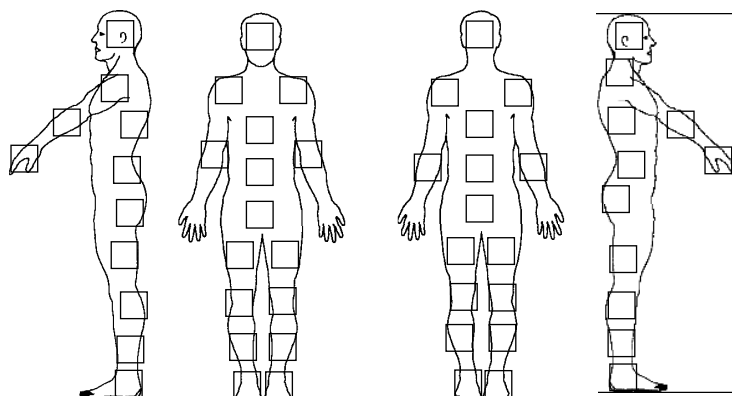
### Therapie (bei Infektion)

☐ 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 / Hinweise | Telefon-Nummer | Datum | Name/Unterschrift der Pflegefachkraft |