

Frau Herr

Name, _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Krankenkasse _____ Patienten-Telefon _____

Patientenüberleitung

© Kommunale Gesundheitskonferenz Bonn

Anlage MRE

Erregernachweis MRE (zum Zeitpunkt der Weiterverlegung)

Welcher MRE?

Erreger

gesichert nicht gesichert (Befund noch ausstehend, siehe unten)

Patientin / Patient wurde über MRE-Besiedlung informiert

Angehörige wurden über MRE-Besiedlung informiert

Lokalisation

- Nase Rachen Respirationstrakt
- Urin Wunde
- sonstiges

Datum der Feststellung _____

Sanierung (bei Besiedelung)

mit _____

von _____ bis _____

Therapie (bei Infektion)

- lokal
- systemisch
- Therapiebeginn laut ärztlicher Verordnung
- von _____ bis (wahrscheinlich) _____

ausstehende Befunde (zum Zeitpunkt der Verlegung)

Zuständiger Arzt / Praxis _____

vom Datum 1: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 2: _____ Lokalisation: _____

vom Datum 3: _____ Lokalisation: _____

Datum

Name / Unterschrift der Fachkraft

