

**Fax-Mitteilung bei positiven Erregernachweisen von MRSA, ESBL und sonstigen Erregern bei
BewohnerIn in Altenpflegeeinrichtungen (Stand: Sept. 08)**

Gesundheitsamt Dortmund
Umwelt- u. Infektionshygiene
Abt. 53/3-1
Hövelstr. 8
44137 Dortmund

Tel.: 0231/50-2 35 75, 50-2 35 36

FaxNr.: 0231 / 50 – 2 35 92

Mitteilende Einrichtung / Person

Name der Einrichtung: _____

Mitteilende Person: _____

Tel.Nr.: _____ FaxNr: _____

Datum: _____

Welche Erreger wurden festgestellt: MRSA*², ESBL*³,

 sonstige Erreger _____

BewohnerIn:

NAME, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Wohnbereich: _____ Zi.Nr.: _____

Name des Hausarztes: _____

Unterbringung erfolgt im: EZ DZ ZbV Zi Isolierung: ja nein

Festgestellt durch: Hausarzt Krankenhaus _____
Name des Krankenhauses

Welche Stelle(n) sind betroffen: Nase, Rachen, Wunde(n), Achsel, Leiste, Haut, Haaransatz,
 Stirn, Sonstige Stellen _____

Es handelt sich um eine: **Rückverlegung** , stationäre Behandlung von _____ bis _____

Erstaufnahme , stationäre Behandlung von _____ bis _____

BewohnerIn kommt aus: _____
häuslichem Bereich, Krankenhaus, andere Pflegeeinrichtung (Name der Einrichtung)

eingeleitete Therapie in der Einrichtung, nach Rücksprache mit Hausarzt: _____

Positive(r) und/oder negative(r) Befund(e), Entlassungsbericht, Kurzbericht sind beigefügt:

ja nein werden nachgereicht

Unterschrift

*² Multi-Resistenter-Staphylococcus-Aureus

*³ Extended-spectrum-beta-lactamase