

# Erhebungsbogen für *Enterobacterales* und *Acinetobacter* spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder Carbapenemase-Nachweis

Erhebung in **Ergänzung** zum Meldeformular für meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG und dem Labor-Meldeformular zum Nachweis von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG.

**Patient/Patientin**      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_      Männlich      Weiblich      Divers

Name: ..... Vorname: .....

Adresse: .....

**Verstorben**      Nein      Ja      nicht ermittelbar

**Verstorben am**

<sup>1</sup>**Todesursache**      an der gemeldeten Krankheit      aufgrund anderer Ursache      nicht ermittelbar

**Untersuchungsbefund**      **Erreger:**.....

Carbapenem-Nichtempfindlichkeit      Carbapenemase, welches Gen .....

**Probennahme-Datum:** \_\_\_\_\_      **Diagnose-Datum:** \_\_\_\_\_ (tt/mmjjjj)

**Nachweismaterial:**      Urin      Stuhl      Trachealsekret      BAL      Blut      Liquor

**Abstrich:**      Wunde      Anal      Nase/Rachen      **Anderes Material**.....

**Screeningbefund**      Nein      Ja      Aufnahmescreening      Umgebungsuntersuchung

Sonstiges Screening.....

**kolonisiert**      **infiziert**      Erkrankungsbeginn:

**Hospitalisierung**      **Aktuell hospitalisiert:**      Nein      Ja, seit

**Hospitalisierungsgrund**      aufgrund der gemeldeten Krankheit      aufgrund anderer Ursache      nicht ermittelbar

**Station**.....

**Zurückliegende Hospitalisierungen (letzte 12 Monate)**      Nein      Ja      nicht ermittelbar

Name und Ort (im Ausland Land) des Krankenhauses	Zeitraum (von-bis)

<sup>1</sup> Gemäß Angaben auf der Todesbescheinigung (Teil I a bis c). Sofern die übermittelte Krankheit nicht als Teil der zum Tod führenden Kausalkette genannt ist, sollte ‚aufgrund anderer Ursache‘ angekreuzt werden.

**Einrichtungsdaten** (Krankenhaus/Praxis, behandelnde/r Ärztin/Arzt, ggf. Stempel, Unterschrift)

---

**Zusatzinformationen****Kontakt zu Gesundheitssystem im Ausland innerhalb der letzten 12 Monate**

Nein                      Ja                      nicht ermittelbar

Land	Grund des Aufenthalts	Datum des Aufenthalts	Medizinische Behandlung (z.B. ambulante Versorgung, Operation, zahnmedizinische Versorgung)
	Reise Wohnsitz andere		
	Reise Wohnsitz andere		
	Reise Wohnsitz andere		

**Wird die betroffene Person demnächst verlegt?**

Nein              Ja, am                      nach .....

**Wurde die betroffene Person über die Kolonisation/Infektion informiert?**

Nein              Ja

**War bei der betroffenen Person der Nachweis eines Carbapenem-nichtempfindlichen Erregers bei Aufnahme bekannt?**

Nein              Ja, welcher .....

**Wurde bei der betroffenen Person ein Aufnahmescreening durchgeführt?**Nein              Ja  
negativ              positiv auf .....**War/ist die betroffene Person isoliert?**Nein              Ja , seit  
Einzelzimmer              Kohortenisolierung**Gab es vor Isolierung Kontaktpersonen im Patientenzimmer?**

Nein              Ja

**Wurden Kontaktpersonen gescreent?**

Nein              Ja, Anzahl positiv:..... Anzahl negativ:.....

**Wurden Kontaktpersonen isoliert?**Nein              Ja  
Einzelzimmer              Kohortenisolierung**Gibt es weitere Personen mit dem gleichen Erreger oder dem gleichen Carbapenemase-Nachweis auf der Station?**

Nein              Ja, Anzahl:.....