



Information zur MRE Aufnahme-Screening

Sie haben sicherlich schon von Multiresistenten Keimen gehört.

Als Multiresistente Erreger werden Bakterien bezeichnet, die im Laufe der Zeit Resistenzen gegen verschiedene Antibiotikagruppen entwickelt haben. Meist handelt es sich um Methicillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA) oder Multiresistente Gramnegative Bakterien (MRGN). Da bei der Infektion mit Multiresistenten Erregern die Therapiemöglichkeiten stark eingeschränkt sind, ist es wichtig, die Weiterverbreitung auf andere Menschen zu verhindern.

Wir testen routinemäßig alle stationären Risiko-Patienten im Aufnahme-Screening auf Multiresistente Erreger. Dies ist eine Vorsorgemaßnahme und ein wichtiger Beitrag zur Gewährleistung der Patientensicherheit in unserer Klinik. Deshalb möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation beim Arzt auszufüllen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Risikofaktoren	MRSA		MRGN	
	JA	Nein	JA	Nein
Ist bei Ihnen eine Infektion mit MRSA/MRGN bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung z.B. Senioren-, Pflegeheim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Länder in Europa (z.B. süd- und osteuropäische Länder) und anderen Erdteilen (z.B. Arabische Staaten, Südostasien, Japan, USA) besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten länger als drei zusammenhängende Tage stationär im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Waren Sie in den letzten 12 Monaten <u>im Ausland</u> > 3 Tage stationär im Krankenhaus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA/MRGN Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in einem Betrieb zur landwirtschaftlichen Tiermast tätig? Oder haben Sie beruflich Kontakt zu solch einem Betrieb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sind Sie in der Kranken- oder Altenpflege tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Liegen bei Ihnen zwei oder mehrere der folgenden Risikofaktoren vor?				
• chronische Pflegebedürftigkeit,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Dialysepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• chronische Wunden, Hautulcus, Gangrän, tiefe Weichteilinfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Brandverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Datum: _____

Unterschrift: _____