

Einsender	<input type="checkbox"/> Eilt/Notfall	Belegart: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinik _____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Station _____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefon _____	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bitte Patienten-Barcodeetikett hier einkleben!		Entnahmedatum
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
		<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20
		<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31
Behandlungsart		<input type="checkbox"/> JAN <input type="checkbox"/> FEB <input type="checkbox"/> MÄR <input type="checkbox"/> APR <input type="checkbox"/> MAI <input type="checkbox"/> JUN <input type="checkbox"/> JUL <input type="checkbox"/> AUG <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> OKT <input type="checkbox"/> NOV <input type="checkbox"/> DEZ
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär		<input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26
Berechnungsart		Uhrzeit ⌚
<input type="checkbox"/> Privat		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23
<input type="checkbox"/> Allg. Pflegesatz		<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 Min.
<input type="checkbox"/> Überweisung		Bitte pro Material einen separaten Anforderungsschein ausstellen!
<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft		Bitte Rückseite beachten!
<input type="checkbox"/> Studie		Befundkopie an:

Anforderungsschein Screening

MRSA-Screening (kein Screening unter MRSA-wirksamer Therapie bzw. bei lokal antisept./dekolonisierenden Maßnahmen)

bei Aufnahme

PCR ("Schnelltest") Nase/Rachen **oder** Nase/Rachen **und** chronische Wunde **oder** Leiste

Folgescreening nach erfolgter Dekolonisation (jeweils an 3 aufeinander folgenden Tagen, **nur kulturell**)

Nase/Rachen **und** chronische Wunde **oder** Leiste

Wochenscreening

bei bek. MRSA-pos. Patienten und aktuell neg. Abstrichergebnissen (**nur kulturell**)
 Nase/Rachen **und** chronische Wunde **oder** Leiste

Kontaktsscreening (nach mutmaßlicher MRSA-Exposition während des aktuellen Aufenthaltes)

PCR ("Schnelltest") Nase/Rachen **oder** Nase/Rachen **und** chronische Wunde **oder** Leiste

MRGN-Screening [Zielkeime: multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien inkl. Acinetobacter baumannii-Komplex]

bei Aufnahme

Rektalabstrich Nase/Rachen [Haut (z.B. Leiste) nur bei V.a. *Acinetobacter baumannii*-Komplex]

Folgescreening - nur nach Rücksprache mit Krankenhaushygiene

Rektalabstrich Nase/Rachen [Haut (z.B. Leiste) nur bei V.a. *Acinetobacter baumannii*-Komplex]

MRGN-Screening bei Fieber in der Neutropenie – nur bei Pat. der III. Med. Klinik

Rektalabstrich Nase/Rachen [Haut (z.B. Leiste) nur bei V.a. *Acinetobacter baumannii*-Komplex]

VRE-Screening [Zielkeim: Enterococcus faecium (VRE)]

Aufnahmescreening Rektalabstrich (bzw. Anus praeter-Abstrich)

Wochenscreening Rektalabstrich (bzw. Anus praeter-Abstrich)

Neo-Screening (nur für Patienten der Neonatologie <1. LJ)

"Neo 1-Screen" bei Erstaufnahme von NG/FG z.B. auf Neo-Intensiv
Zielkeime potentiell pathogene Keime insb. Gruppe B-Streptokokken
 Rachenabstrich **oder** Trachealsekret **oder** Magensaft

"Neo 2-Screen" gemäß KRINKO: wöchentlich bei FG <1500 g und entspr. Risikopatienten in Neonatologie nach ärztlicher Indikationsstellung
Zielkeime: Multiresistente gramnegative Bakterien der Klassifikation 2MRGN-NeoPäd, 3MRGN, 4MRGN und sensible Isolate folgender Bakterienspezies:

Enterobacter spp., Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Serratia spp. und Staphylococcus aureus.

Rachenabstrich **oder** Trachealsekret **und** Analabstrich

Angaben zum Patienten **Bitte stets zusätzlich ausfüllen!**

- Reiserückkehrer (ohne dortigem Krankenhausaufenthalt) Reise- bzw. Hochprävalenz-Land:
- Reiserückkehrer (mit dortigem Krankenhausaufenthalt) _____
- Einwohner aus Hochprävalenz-Land
- vorbekannte MRE-Kolonisation – Erreger: _____
- Verlegung aus Akutkrankenhaus in Deutschland

Zusatzinformation

- Bitte grundsätzlich beachten:**
- Abstrichtupfer bei Probenentnahme von trockener Haut/Wunde vorher mit steriler NaCl 0,9%-Lösung anfeuchten.
 - Abstrichröhrchen korrekt beschriften: Patientenna und jeweilige Abstrichlokalisierung leserlich vermerken.
 - Keine Screening-Probengewinnung bei aktuell wirksamer Therapie oder unter laufender Dekolonisation.
 - Keine Screening-Untersuchungen ohne gültige Indikation.
 - Rektalabstrich: sichtbare Stuhl färbung gefordert (keine Anal- oder Perianalabstriche!).

Screening-Untersuchungen erfassen explizit nur den angeforderten Keimnachweis (z.B. MRSA), andere – auch klinisch relevante – Erreger bleiben unberücksichtigt. Bei entsprechender Fragestellung bitte zusätzlich "Untersuchungsauftrag Bakteriologie, Parasitologie, Mykologie" (roter Anforderungsschein) einsenden.

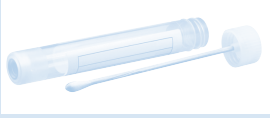
Unterschrift des einsendenden Arztes (Bitte leserlich!)

Öffnungszeiten:	Kontakt	Rufbereitschaft
Montag bis Freitag	Telefon (06131) 17-91 58	Außerhalb der Dienstzeiten
Samstag	Telefax (06131) 17-91 59	erreichbar über Klinikzentrale Rufnr. (06131) 17-1
Sonntag		

Bitte mit weichem Bleistift so markieren:

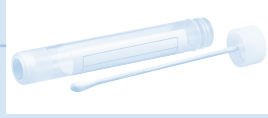
Wo sollen Abstriche gewonnen werden?

MRSA



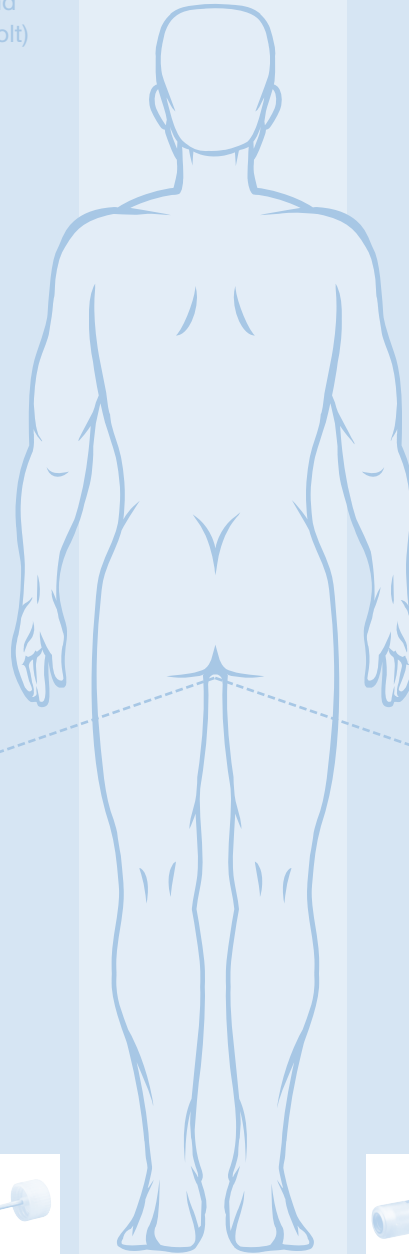
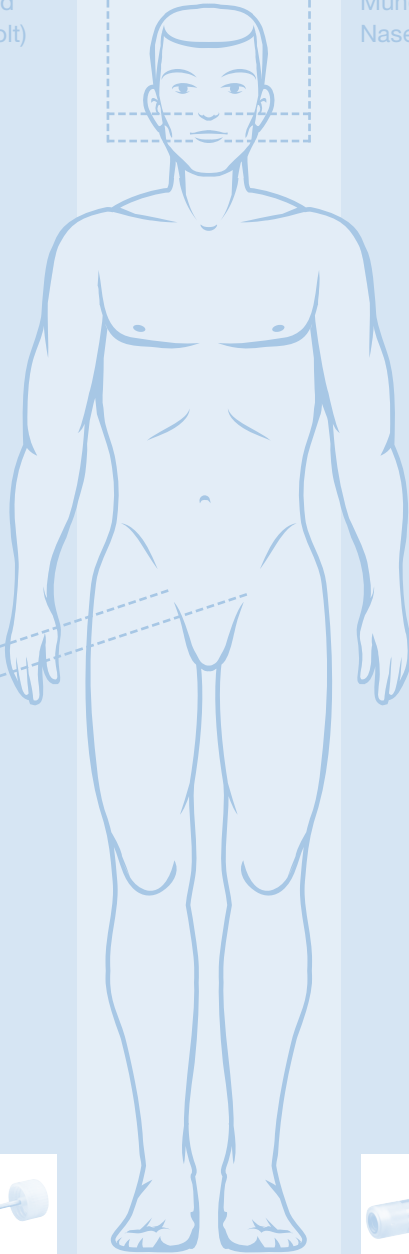
1 Abstrich-Röhrchen:
Mund (=Rachen) und
Nasenvorhof (gepoolt)

3-/4/- MRGN



1 Abstrich-Röhrchen:
Mund (=Rachen) und
Nasenvorhof (gepoolt)

VRE



1 Abstrich-Röhrchen:
Leiste re. / li. (gepoolt)

oder

Wundoberfläche (größte
Wunde - bevorzugt mit
Fremdmaterial / device
z.B. PEG-Eintrittsstelle,
Dekubitus, Ulcus...)



Rektalabstrich

(ggf. Abstrich Anus praeter)
(mit Stuhl-Verfärbung)



Rektalabstrich

(ggf. Abstrich Anus praeter)
(mit Stuhl-Verfärbung)

Für **MRSA-PCR-Aufnahmescreening:**
- nur **Nase-Rachen-Abstrich**
- kein Abstrich Haut / Wunde