

Nr.

Ermittlungsbogen

Nachweis von caMRSA Panton-Valentine-Leukozidin (PVL)-bildend
(gemäß IfSGMeldeVO vom 16.12.2012)

Material: Entnahmedatum: Labor:

Patient*in: Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer:

E-Mail:

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

Herkunftsland:

Reiseanamnese:

Krankenhaus / Einrichtung / Station:

aktuell hospitalisiert?

☐ ja seit wann?..... ☐ nein

zum Zeitpunkt der Befundung:

☐ Kolonisation ☐ Infektion

Diagnose:

☐ Abszess

☐ Furunkel

☐ andere

☐ **caMRSA bekannt?**

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und wo erfolgte der Erstnachweis?

Behandlung/Sanierung begonnen? ☒ ja ☐ nein

Wenn ja - wann und womit?

Kontaktpersonen aus häuslichen Umfeld ermittelt? ☐ ja ☐ nein

Datum: behandelndes ärztliches Personal: Sign.:

(bitte in Druckschrift ausfüllen)