

**Dokumentationsbogen
MRGN-Screening Hamburg:
Negativer Befund bei Risikopatienten**

Patientendaten: Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	Einrichtung/Stempel
--	----------------------------

Das Screening erfolgte aufgrund positiver Anamnese folgender MRGN-Risikofaktoren:

- MRGN Anamnese
- Kontakt zu MRGN Patienten
- Mehrfachantibiotikatherapie mehr als 3 x/ Jahr
- chronische Wunden
- Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in den letzten drei Monaten in Ländern mit endemischem Auftreten von 4-MRGN (z. B. Südeuropa, Naher Osten, Indien, Pakistan)
- Patienten mit Aufenthalt > 6 Wochen ohne Unterbrechung in den letzten 6 Monaten im Mittelmeerraum, Südeuropa, Nordafrika, Arabische Halbinsel

Lokalisation:

Wo wurde das MRGN-Screening durchgeführt :

Nase/Rachen-Abstrich Nachweis **negativ** am _____

Anal-Abstrich Nachweis **negativ** am _____

Wund-Abstrich Nachweis **negativ** am _____

Anmerkungen: _____

Datum: _____ Unterschrift _____