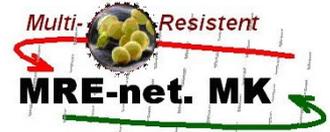




- Infektionstransport -



Von der verlegenden Einrichtung auszufüllen.

Telefonische Anmeldung am : (Datum / Uhrzeit)	Beauftragtes Unternehmen/Ansprechpartner	(Unterschrift)
---	---	----------------

Name, Vorname :	Geb.-Dat. :
------------------------	--------------------

MRE		Infektionserreger	
MRSA ¹ <input type="checkbox"/> ESBL ² <input type="checkbox"/> VRE ³ <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<u>Lokalisation :</u> Nasen-Rachen-Raum <input type="checkbox"/> Haut / Wunde <input type="checkbox"/> Urin / Stuhl <input type="checkbox"/>	Durchfallerkrankung Bakteriell <input type="checkbox"/> Viral <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Sonstige _____	

¹MRSA : **M**ethicillin-resistente **S**taphylococcus **a**ureus.

²ESBL : **E**xtended-spectrum-**b**eta-lactamase bildende gramnegative Stäbchenbakterien, ESBL-Bildner: z. B. E. coli, Klebsiella spp..

³VRE : **V**ancomycin-resistente **E**nterokokken.

Übertragungswege

Kontaktübertragung 	Hämatogenübertragung 	Aerosolübertragung (Tröpfcheninfektion)
-----------------------------------	-------------------------------------	--

Empfohlene Schutzmaßnahmen beim Transport

<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutz (MNS)
<input type="checkbox"/> Schutzkittel	<input type="checkbox"/> FFP II Maske (virale Tröpfcheninfektion)
<input type="checkbox"/> Overall	<input type="checkbox"/> FFP III Maske (virale Aerosolübertragung)
	<input type="checkbox"/> Kopfhaut