

Datum: ____ . ____ . ____

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

1. Ist bei Ihnen schon einmal eine MRSA – Besiedelung/Infektion diagnostiziert worden?	Ja ☐	Nein ☐
2. Waren sie innerhalb der letzten 12 Monate länger als 3 Tage in einem Krankenhaus?	Ja ☐	Nein ☐
3. Haben Sie beruflichen Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren?	Ja ☐	Nein ☐
4. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Ausland (außer in Nordeuropa inkl. Holland, Dänemark) gelebt oder einen Krankenhausaufenthalt gehabt?	Ja ☐	Nein ☐
5. Haben Sie chronische Wunden z.B. Ulcus, Gangrän, Haut- oder tiefe Weichteilinfektionen?	Ja ☐	Nein ☐
6. Sind Sie Dialysepatient?	Ja ☐	Nein ☐
7. Sind Sie seit längerem pflegebedürftig? z.B. ambulante Pflege, Pflegestufe	Ja ☐	Nein ☐
8. Haben Sie derzeit einen liegenden Katheter z.B. Harnwegskatheter, Magensonde, Wunddrainage?	Ja ☐	Nein ☐
9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Antibiotikatherapie erhalten?	Ja ☐	Nein ☐

.....
Unterschrift Patient

.....
Unterschrift Arzt

