

Sehr geehrter Patient\*in,

bitte beantworten Sie uns folgende Fragen, um eine zielgerechte Screening- Untersuchung auf multiresistente Keime durchführen zu können.

Patientenetikett

- **Methicillin-restistenter Staphylococcus aureus = MRSA**
- **Multiresistente gramnegative Erreger = MRGN**

**Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:**

|                                                                                                                                                                                                           |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ist bei Ihnen schon einmal eine MRSA – Besiedelung/Infektion diagnostiziert worden?                                                                                                                    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate länger als 3 Tage stationär in einem Krankenhaus?                                                                                                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie regelmäßigen, direkten Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren?                                                                                                                           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Ausland ( <b>außer in Nordeuropa inkl. Holland, Dänemark, Schweiz und Österreich</b> ) gelebt / oder wurden Sie dort stationär in einer Klinik behandelt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie chronische Wunden (die länger als 4 Wochen bestehen) z.B. Ulcus, Gangrän, Haut- oder tiefe Weichteilinfektionen?                                                                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie dialysepflichtig?                                                                                                                                                                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Sind Sie seit längerem pflegebedürftig? (z.B. ambulante Pflege, Pflegestufe)                                                                                                                           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie derzeit einen liegenden Katheter? (z.B. Harnwegskatheter, Magensonde, Wunddrainage)                                                                                                          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Antibiotikatherapie erhalten?                                                                                                                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Ist bei Ihnen schon einmal eine 3/4 MRGN– Besiedelung/Infektion diagnostiziert worden?                                                                                                                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Bestand in den letzten 12 Monaten eine intensivmedizinische Behandlung $\geq 7$ Tage?                                                                                                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient



Erstelldatum: 30.04.2026  
Ersteller: B. Pfannenstiel Schwarz  
Freigabedatum: 30.04.2026  
Freigeber: M. Kriegmair

.....  
Unterschrift Arzt

Revision: 02

Seite 1 von 1

