

Patient (Name, Vorname, Adresse)

Telefon: .....

geb. am: .....

Geschlecht:  weibl.  männl.

**Erhebungsbogen – vertraulich –**  
von Methicillin-resistente Stämme (MRSA)  
nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)  
 Kolonisiert  Infiziert

Krankenhausaufenthalt: Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_  
Verstorben?  ja \_\_\_\_\_  nein

**Klinische Symptomatik:**

- Fieber  Endokarditis
- Meningitis  Wunde/Hautgeschwür/Hautläsion
- Pneumonie
- septisches Krankheitsbild

Zusatzinformationen bei septischem Krankheitsbild

- zentralvenöser Katheter oder invasiver Zugang anderer Art
- sonstige Fremdkörper- assoziierte Infektion
- Fokus unbekannt

Nosokomialer Ausbruch?  ja  nein  
Wird in Gemeinschaftseinrichtung betreut  ja  nein  
Wenn ja (Name der Einrichtung) \_\_\_\_\_

Kontaktperson?  ja  nein  
Aufnahmescreening durchgeführt?  ja  nein \_\_\_\_\_ Ergebnis  positiv  negativ

Sonstiges:

**Bitte den labordiagnostischen Nachweis in Kopie übersenden**

**Senden an:**

Kreis Segeberg  
FD Infektionsschutz und  
umweltbezogener Gesundheitsschutz  
Hamburger Str. 30  
23795 Bad Segeberg

Tel. 04551 951 9335  
Fax 04551 951 9340  
Email: infektionsschutz@segeberg.de

**Erkrankungsdatum:**  
.....

**Diagnosedatum:**  
.....

**Datum der Meldung:**  
.....

Meldende Person (Ärztin/Arzt,  
Praxis, Krankenhaus, Adresse,  
Telefonnr.)