



## Meldebogen aerogen übertragbare Erkrankungen

Erfassung einer **Tätigkeit** mit Patienten mit aerogen übertragbaren Erkrankungen **ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung**

### ■ Vorgehensweise bei der Meldung

Was	Zuständigkeit
<b>1. Meldebogen ausdrucken</b>	
<input type="radio"/> SAP oder imikro.med.uni-rostock.de	Betroffener Bereich/Station
<input type="radio"/> Meldebogen zeitnah ausfüllen	Betroffener Bereich/Station + Unterstützung Hygienefachkräfte
<b>2. Meldebogen an zuständige Bereiche weiterleiten</b>	
<u>Meldebogen Personal</u> <input type="radio"/> Betriebsärztlicher Dienst (BÄD)	Hygienebeauftragte Ärzte, Hygienebeauftragte in der Pflege bzw. Vertretungen
<u>Meldebogen Personal und Patienten</u> <input type="radio"/> Gesundheitsamt und Hygienefachkräfte	
<b>3. Zuständigkeiten für weitere Maßnahmen</b>	
<input type="radio"/> Patienten	Hygienefachkräfte
<input type="radio"/> Personal	Betriebsärztlicher Dienst (BÄD)
<input type="radio"/> Externe	Gesundheitsamt/Unterstützung von Station

### ■ Meldung an

<b>Gesundheitsamt Rostock</b>		
Abteilung Hygiene und Infektionsschutz Paulstr. 22 18055 Rostock <b>Fax: 0381 381 9552</b>	Meldung erfolgt	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
<b>Betriebsärztlichen Dienst (BÄD)</b>		
<b>Fax: 0381 494 9974</b>	Meldung erfolgt	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>

### ■ Benachrichtigung an

<b>Hygienefachkräfte UMR</b>		
hygienefachkraft@med.uni-rostock.de  <b>Telefon: 0381 494 5014 / 5912 / 5996</b> <b>Fax: 0381 494 5902</b>	Benachrichtigung erfolgt	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>



## Meldebogen aerogen übertragbare Erkrankungen

Erfassung einer **Tätigkeit** mit Patienten mit aerogen übertragbaren Erkrankungen **ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung**

**Erreger**

- Gut leserlich vom **Stationsarzt/-ärztin** auszufüllen

**Klinik/Station**

Meldung durch

Telefon

Datum

- **Index-Patient**

**Name**

Vorname

Geburtsdatum

Station

Stationär von/bis

- **Nachweisort des Erregers beim Indexpatienten**

**Art des Materials**

Atemwegsmaterialien

Blut

Urin

Sonstiges

**Nachweismethode**

Mikroskopie

Kultur

PCR

Ag-Nachweis

Ak-Nachweis



## Meldebogen aerogen übertragbare Erkrankungen

Erfassung einer Tätigkeit mit Patienten mit aerogen übertragbaren Erkrankungen ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

### Kontaktpersonen Personal

Name	Geburts- datum	Funktion Medizinisches Personal, Student, ...	Adresse	Telefon	Schutzbrille	Atemschutz	Keinen Schutz	Kontakt Dauer		
								< 15 Minuten	< 8 Stunden	> 8 Stunden
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Meldebogen aerogen übertragbare Erkrankungen

Erfassung einer Tätigkeit mit Patienten mit aerogen übertragbaren Erkrankungen ohne adäquate persönliche Schutzausrüstung

### Kontaktpersonen Personal

Name	Geburtsdatum	Funktion Medizinisches Personal, Student, ...	Adresse	Telefon	Schutzbrille	Atemschutz	Keinen Schutz	Kontakt Dauer		
								< 15 Minuten	< 8 Stunden	> 8 Stunden
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>