



Meldebogen aerogen übertragbare Erkrankungen

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

■ Vorgehensweise bei der Meldung

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

■ Meldung an

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

■ Benachrichtigung an

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



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"/>