

## Aufnahmescreening

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anamnese	JA	NEIN
1. Lag bei Ihnen in der Vergangenheit bereits ein MRSA oder ein Nachweis anderer multiresistenter Erreger vor?		
2. Haben Sie beruflich Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast?		
3. Sind Sie pflegebedürftig? / Leben Sie in einem Pflegeheim?		
4. Erhielten Sie in den letzten 6 Monaten eine Antibiotikatherapie?		
5. Liegen bei Ihnen Dauerkatheter (Harnblasenkatheter, PEG-Sonde o.a.)?		
6. Sind Sie dialysepflichtig?		
7. Besteht bei Ihnen ein/e Hautulcus, Gangrän, chronische Wunde, tiefe Weichteilinfektion?		
8. Liegt bei Ihnen eine Brandverletzung vor?		
9. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten in einem Krankenhaus behandelt (länger als 3 Tage)?		
10. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland (v.a. Süd- oder Osteuropa, Afrika, Naher Osten, Asien) medizinisch versorgt?		

Ich willige ein, dass ggf. in der Klinik ein Abstrich vorgenommen wird.

Unterschrift Patient\*in: X \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Unterlagen an:

**Zentrum für Integrative Psychiatrie**  
 Patientenmanagement (stationär und teilstationär)  
 Tel:0431/ 500-98550 Fax: 0431/ 500-19998550  
 Niemannsweg 147, 24105 Kiel  
 Email: pm.stationenpsom.zipkiel@uksh.de

Bearbeitet:	Scharffenberg, Susanne - 04.07.2017	Geprüft und freigegeben:	Scharffenberg, Susanne - 04.07.2017
-------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------