|  |  |
| --- | --- |
| Erfassungsbogen nosokomiale Infektionen | O2R9 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grunddaten Erfassung** | | |
| Datum der Erfassung | |  |
| Durchführung der Analyse  (Name, Berufsbezeichnung) | |  |
| **Einverständniserklärung des Patienten** | | |
| Name |  | |
| Vorname |  | |
| Geburtsdatum |  | |
| Geschlecht |  | |
| Postleitzahl |  | |
| Ortsbezeichnung |  | |
| Straße |  | |
| Hausnummer |  | |

**Erklärung zur Erfassung**

bei Ihnen wurde durch ärztlichen Befund eine, oder mehrere nosokominiale Infektionen festgestellt. Gemäß den gültigen gesetzlichen Bestimmungen müssen wir diese Infektionen erfassen, Statistisch führen und ggf. melden. Hierfür benötigen wir Ihre Zustimmung. Grundlage hierfür bildet die EU-DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung). Gemäß Artikel 6 Ziffer c) die Verarbeitung ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, der der Verantwortliche unterliegt; d) die Verarbeitung ist erforderlich, um lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen;

Zudem benötigen wir diese Daten um entsprechende Schutzmaßnahmen für unsere Patienten und Beschäftigte umzusetzen. Für Ihre Information haben wir Ihnen eine Datenschutzinformation als Anlage beigefügt (Pflichtmaßnahme, wenn nicht bereits umgesetzt).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erfassung** | | | |
| Diagnose des Patienten gemäß ärztlichen Befund: | | | |
|  | | | |
| **Risikobewertung des Patienten** | | | |
|  | Künstliche Zugänge | | |
|  | Infektionsneigung (Diabetiker Insulinpflicht, Autoimmunerkrankung) | | |
|  | Immobilität | | |
|  | Reduzierter AZ (reduzierter Allgemeinzustand) | | |
|  | Dehydration | | |
|  | Reduzierte EZ (reduzierter Ernährungszustand) | | |
|  | Wunden | | |
|  | Immunsupressive Medikamente (Medikamente die das Immunsystem unterdrücken) | | |
|  | Sonstiges: | | |
|  | | | |
| **Infektionsausbruch** | | | |
|  | Infektion aus Krankenhaus | | |
|  | Infektion aus Pflegeeinrichtung | | |
|  | Infektion von Zuhause | | |
| **Infektionsart** | | | |
|  | Lebensmittelvergiftung (Bakt.) | | |
|  | Gastro. Infekt. | | |
|  | Harnwegsinfektion (DK/SPK-Anlage) | | |
|  | Wundinfektion | | |
|  | Virusinfektion der Atemwege | | |
|  | Pneumonie | | |
|  | Hepatitis A / B / C | | |
|  | Bindehautentzündung (Konjunktivitis) | | |
|  | MRSA / ORSA / MRGN | | |
|  | Pediculosis (Läuse) | | |
|  | Skabies (Krätze) | | |
|  | Pilzinfektion | | |
|  | Sonstiges / Bezeichnung / ggf. Lokalisation bei Läuse, Krätze, Pilze: | | |
|  | | | |
| **Zu treffende Maßnahmen Hygiene / Pflege** | | | |
|  | Informationsweitergabe Arzt | | |
|  | Gefährdungsbeurteilung stationäre Einrichtung umsetzen | | |
|  | Information an PDL | | |
|  | Information an HL / SL | | |
|  | Zusatzmaßnahmen Hygiene erforderlich | | |
|  | Zusatzmaßnahmen Reinigungsarbeiten | | |
|  | Information an Angehörige, Mitbewohner | | |
| **X** | Dokumentation umsetzen | | |
|  | Sonstiges: | | |
|  | | | |
| **Unterschrift Erfassung** | | | |
|  | | | |
| Datum | | Name, Vorname | Unterschrift |
| **Unterschrift Kenntnisnahme** | | | |
| Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL); Pflegedienstleitung (PDL) | | | |
| Datum | | Name, Vorname | Unterschrift |
| **Abschlussmaßnahme** | | | |
| **X** | Ablage erfolgt nach Bearbeitung in Patientendokumentation | | |
|  | Information an Hygiene | | |
|  | Ablage (Kopie) Ausbruchmanagement-Team | | |
|  | Verantwortung Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen | | |
|  | | | |