











Datum:	1.Tag	2.Tag	3.Tag	4.Tag	5.Tag	6.Tag	7.Tag	8.Tag	9.Tag	10.Tag	ab 11.Tag	zwischen 3. u. 6. Monat nach Sanierung	zwischen 6. u. 12. Monat nach Sanierung	Bemerkungen				
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	 Frühestens nach 3-tägiger Pause mit den Kontrollabstrichserien beginnen. 										
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ								ein bis drei Abstrich- serien	eine Abstrich- serie	eine Abstrich- serie	
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ											
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ								Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____	
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ											
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ								Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____	
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ											
 verwendetes Mittel:	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	<input type="checkbox"/> HZ	Datum: _____	Datum: _____	Datum: _____								

Patient /Bewohner :

Wohnanschrift:

Behandelnder Hausarzt:

Erst- Nachweis durch: Hausarzt Klinik: Sonstige:

Datum des Erstnachweises:

Nachweisort:

Nasenvorhof* Rachen Perineal Wunde Leiste* sonstiges:

*Ein Watteträger kann für beide Körperseiten verwendet werden.

1. Abstrichserie <u>frühestens</u> ab Tag 4 nach Ende der Sanierung	2. Abstrichserie	3. Abstrichserie
Ergebnis:	Ergebnis:	Ergebnis:
<input type="checkbox"/> Nasenvorhof pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nasenvorhof* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nasenvorhof* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rachen pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perineal pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wunde pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leiste* pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sonstiges pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/>
Abstrichdatum und Unterschrift des Arztes	Abstrichdatum und Unterschrift des Arztes	Abstrichdatum und Unterschrift des Arztes

*Ein Watteträger kann für beide Körperseiten verwendet werden.