



Angaben zur Antibiotikatherapie:

Laufende Nummer aus Bogen A					
Name (Handelsname/Wirkstoff)*	Siehe Tabelle unten				
Stärke					
Applikationshäufigkeit/Tag/Zeitraum					
Applikation:	lokal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	systemisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art der Behandlung:	prophylaktisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	therapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikation:	Infekt der/des Harnwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haut oder Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darmtrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohren/Nase/Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Systemische Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unklares Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beginn der Therapie:	in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anderer Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verordner:	Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Notarzt/Vertretungsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostik vor Therapie:	Urinstix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Isolierte Erreger**	Siehe Tabelle unten			
	Antibiotikaresistenz des Erregers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überprüft:	Gültig bis:	Erstellt durch:	Prozessverantwortlich:
26.01.2023	31.12.2026	AG Altenheime	J. Mermet



Patientenfragebogen: Antibiotikatherapie

Laufende Nummer aus Bogen A:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Antibiotikatherapie am Tag der Erhebung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Antibiotika in den letzten 3 Monaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tag der Erhebung:

Einrichtung:

Überprüft:	Gültig bis:	Erstellt durch:	Prozessverantwortlich:
26.01.2023	31.12.2026	AG Altenheime	J. Mermet