



Bewohnerfragebogen: Antibiotikatherapie

Für jeden Bewohner auszufüllen auf den zutrifft:

1. Am Tag der Untersuchung um 8.00 Uhr anwesend
2. Seit mindestens gestern in der Einrichtung
3. Antibiotikatherapie am Tag der Erhebung

Tag der Erhebung:

Station/Wohnbereich:

Überprüft und aktualisiert: 05.01.2021	Gültig bis: 30.12.2023	Erstellt durch: AG Alten- und Pflegeheime	Prozessverantwortlicher: Judith Mermet
---	---------------------------	---	---



Angaben zur Antibiotikatherapie:

Laufende Nummer aus Bogen A					
Name (Handelsname/Wirkstoff)*	Siehe Tabelle unten				
Stärke					
Applikationshäufigkeit/Tag					
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 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** (wenn erfolgt)	Siehe Tabelle unten				
Antibiotikaresistenz des Erregers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überprüft und aktualisiert: 05.01.2021	Gültig bis: 30.12.2023	Erstellt durch: AG Alten-und Pflegeheime	Prozessverantwortlicher: Judith Mermet
---	---------------------------	--	---



Laufende Nummer:	*Name(Handelsname/Wirkstoff)	**Isolierte Erreger

Überprüft und aktualisiert: 05.01.2021	Gültig bis: 30.12.2023	Erstellt durch: AG Alten-und Pflegeheime	Prozessverantwortlicher: Judith Mermet
---	---------------------------	--	---