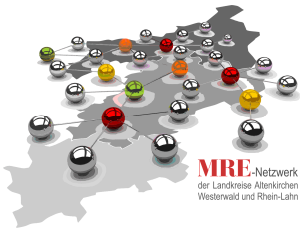
Patientenfragebogen: Antibiotikatherapie

Laufende Nummer aus Bogen A:

	ja	nein
1. Antibiotikatherapie am Tag der Erhebung	☐	☐
2. Antibiotika in den letzten 3 Monaten	☐	☐

Tag der Erhebung:

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 30.11.2020	Erstellt durch. AG ambulante Dialyse	Prozessverantwortlicher: Dr. Dörwaldt



Angaben zur Antibiotikatherapie:

Name (Handelsname/Wirkstoff)*						
Stärke						
Applikationshäufigkeit/Tag						
Applikation:	**lokal**	☐	☐	☐	☐	☐
	systemisch	☐	☐	☐	☐	☐
Art der Behandlung:	**prophylaktisch**	☐	☐	☐	☐	☐
	therapeutisch	☐	☐	☐	☐	☐
Indikation:	**Infekt der Harnwege**	☐	☐	☐	☐	☐
	Haut oder Wunden	☐	☐	☐	☐	☐
	Atemwege	☐	☐	☐	☐	☐
	Magen-Darmtrakt	☐	☐	☐	☐	☐
	Augen	☐	☐	☐	☐	☐
	Ohren/Nase/Mund	☐	☐	☐	☐	☐
	Systemische Infektion	☐	☐	☐	☐	☐
	Unklares Fieber	☐	☐	☐	☐	☐
	andere	☐	☐	☐	☐	☐
Beginn der Therapie:	**in der Einrichtung**	☐	☐	☐	☐	☐
	Im Krankenhaus	☐	☐	☐	☐	☐
	Anderer Ort	☐	☐	☐	☐	☐
Verordner:	**Hausarzt**	☐	☐	☐	☐	☐
	Facharzt	☐	☐	☐	☐	☐
	Notarzt/Vertretungsarzt	☐	☐	☐	☐	☐
Diagnostik vor Therapie:	**Urinstix**	☐	☐	☐	☐	☐
	Mikrobiologie	☐	☐	☐	☐	☐
Isolierte Erreger(wenn erfolgt)						
Antibiotikaresistenz des Erregers		☐	☐	☐	☐	☐

Überprüft und aktualisiert: 01.12.2017	Gültig bis: 30.11.2020	Erstellt durch. AG Alten-und Pflegeheime	Prozessverantwortlicher: Dr. Dörwaldt