

Bewohnerfragebogen zur 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:

Überprüft:	Gültig bis:	Erstellt durch:	Prozessverantwortlich:
26.01.2025	31.12.2029	AG Altenheime	J. Mermet, Dr. Schmidbauer

Angaben zur Antibiotikatherapie:

Laufende Nummer aus Bogen A					
Name (Handelsname/Wirkstoff)*	Siehe Tabelle unten				
Stärke					
Applikationshäufigkeit/Tag/Zeitraum					
Applikation:					
lokal					
systemisch					
Art der Behandlung:					
prophylaktisch					
therapeutisch					
Indikation:					
Infekt der/des 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					

Überprüft:	Gültig bis:	Erstellt durch:	Prozessverantwortlich:
26.01.2025	31.12.2029	AG Altenheime	J. Mermet, Dr. Schmidbauer

Isolierte Erreger**	Siehe Tabelle unten									
Antibiotikaresistenz des Erregers										

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

Überprüft:	Gültig bis:	Erstellt durch:	Prozessverantwortlich:
26.01.2025	31.12.2029	AG Altenheime	J. Mermet, Dr. Schmidbauer