











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_____	  <b>Frühestens nach 3-tägiger Pause mit den Kontrollabstrichserien beginnen.</b>  			<b>ein bis drei Abstrich- serien</b>	<b>eine Abstrich- serie</b>	<b>eine Abstrich- serie</b>								
 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:				
 Kleidung   Bettwäsche	<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_____														
 <b>Mundpflege</b> 3 x Tgl. 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_____														
 Zahnprothese	<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_____														
 Brillen und/oder Hörgeräte	<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_____														
 Pflegetensilien	<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_____														

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
<b>Ergebnis:</b>	<b>Ergebnis:</b>	<b>Ergebnis:</b>
<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.