



Antibiotika Surveillance

(Bitte bei Therapiebeginn ausfüllen)

Diagnose(n)

Bitte Patientenetikett einkleben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vorbestehende Antibiotikatherapie: Indikation für die geplante Antibiotikatherapie:

Antibiotikum/Dosis: _____

Beginn: _____

Lokalisation und Art der Infektion:

ZNS **Infektionsart:** Meningitis Enzephalitis Sonstiges: _____

HNO **Infektionsart:** Sinusitis Otitis media Pharyngitis

Sonstiges: _____

Atemwege **Infektionsart:** Pneumonie [ambulant nosokomial Beatmung]

Bronchitis [AECCB akute Bronchitis]

Sonstiges: _____

Abdomen **Infektionsart:** Peritonitis Pankreatitis Cholezystitis

Appendizitis Divertikulitis Sonstiges: _____

Harnwege **Infektionsart:** Cystitis Pyelonephritis Urethritis

Sonstiges: _____



- Haut **Infektionsart:** Abszess Lokalisation: _____
 Wundinfektion Lokalisation: _____
 Phlegmone Lokalisation: _____
- Sepsis Vermutete Quelle: _____
- Sonstige Infektion:

Entscheidungsgrundlage:

- typische Klinik der Infektion Verdachtsdiagnose
- mit mikrobiologischer Diagnostik ohne mikrobiologische Diagnostik

Geplante Antibiotikatherapie:

Antibiotikum: _____ Dosis: _____ vorgesehene Therapiedauer: ____ Tg.

Antibiotikum: _____ Dosis: _____ vorgesehene Therapiedauer: ____ Tg.

Antibiotikum: _____ Dosis: _____ vorgesehene Therapiedauer: ____ Tg.

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift des anordnenden Arztes: _____

Bemerkungen: