



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 [AEGB akute Bronchitis]

Sonstiges: _____

Abdomen **Infektionsart:** Peritonitis Pankreatitis Cholezystitis

Appendizitis Divertikulitis Sonstiges: _____

Harnwege **Infektionsart:** Cystitis Pyelonephritis Urethritis

Sonstiges: _____

