

Die Risikobewertung gemäß BioStoffV  
ist bei Neuaufnahme und Änderung  
der Ausgangssituation vorzunehmen.

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- Die bei diesem Patienten durchzuführenden Tätigkeiten *sind mit keinen besonderen Gefährdungen durch Biostoffe* für die Pflegenden verbunden.  
Es sind keine Infektionen oder Kolonisationen bekannt.

Ermittelt am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

- Die bei diesem Patienten durchzuführenden Tätigkeiten *sind mit besonderen Gefährdungen durch Biostoffe* für die Pflegenden verbunden.

Hinweis: Die nachfolgenden Punkte sind unter Hinzuziehung der PDL oder der/des Hygienebeauftragten auszufüllen.

**Bei dem oben genannten Patienten**

- lag eine MRE-Koloisation bzw. - Infektion vor. *Der aktuelle Status ist nicht bekannt.*

Klinikaufenthalt über 3 Tage (in den letzten 12 Monaten)

Antibiotikagaben (in den letzten 3-6 Monaten)

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Es liegen Infektionen bzw. Kolonisationen vor mit:**

- HBV       HCV       HIV       Noro       CDI  
 MRSA       3 MRGN \_\_\_\_\_       4 MRGN \_\_\_\_\_  
Bitte den jeweiligen Bakterienstamm mit erfragen / eintragen bei 3 oder 4 MRGN.  
 Skabies       \_\_\_\_\_

**Positive Abstrichbefunde:**

Datum des letzten Abstriches hinzufügen.

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasenvorhöfe                  | <input type="checkbox"/> Blut  |
| <input type="checkbox"/> Mund-Rachen                   | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Urin                          | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Haut, Lokalisation: _____     |                                |
| <input type="checkbox"/> Wunde(n), Lokalisation: _____ |                                |

**Übertragungswege wie:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> direkte und indirekte Kontakte | <input type="checkbox"/> Verletzungen (hämatogen) |
| <input type="checkbox"/> Tröpfchen                      | <input type="checkbox"/> Aerosole                 |
| <input type="checkbox"/> _____                          |   |

**Grundpflege, Behandlungspflege oder intensivpflegerische Tätigkeiten wie:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ganz- oder Teilwaschung | <input type="checkbox"/> Mundpflege                      |
| <input type="checkbox"/> Versorgung Harndrainage | <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung           |
| <input type="checkbox"/> Stomaversorgung         | <input type="checkbox"/> Wundversorgung / Verbandwechsel |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomaversorgung  | <input type="checkbox"/> Absaugen                        |
| <input type="checkbox"/> _____                   | <input type="checkbox"/> _____                           |

**Hinweis:** Bitte nur Tätigkeiten ankreuzen, die bei diesem Patienten auch tatsächlich durchgeführt werden.

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**Dies erfordert den Einsatz von Materialien und Persönlicher Schutzausrüstung wie:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> normales Händedesinfektionsmittel  | <input type="checkbox"/> viruzides Händedesinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel         | _____   |
| <input type="checkbox"/> Instrumenten - Desinfektionsmittel | _____ % EWZ: _____ Min.                                     |
| <input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe                   | <input type="checkbox"/> Schutzschürze                      |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> langärmeliger Schutzkittel  | <input type="checkbox"/> Mund-Nasenschutzmaske        |
| <input type="checkbox"/> FFP1 - Atemschutz           | <input type="checkbox"/> FFP2 - Atemschutz            |
| <input type="checkbox"/> Schutzbrille                | <input type="checkbox"/> Sicherheitskanülen/Lanzetten |
| <input type="checkbox"/> Kanülenentsorgungsbehältnis | <input type="checkbox"/> _____                        |

### Zimmerbelegung

- Doppelzimmer möglichst mit getrennter Toilette bzw. separaten Toilettenstuhl
- Einzelzimmer erforderlich!

### Soziale Kontakte

Am Gemeinschaftsleben kann ohne Einschränkung teilgenommen werden wenn:

- Offene Wunden müssen abgedeckt werden.
- Tracheostoma mit künstlicher Nase (HME-Filter)
- Angehörige, Besucher müssen keine Schutzkleidung tragen, aber eine Händedesinfektion sollte durchgeführt werden.

Dieses Protokoll ist bei **neuen Kunden** sowie **mind. alle 2 Jahre** und bei **Änderungen der Gefährdungslage** auszufüllen. Änderungen werden sofort der PDL oder der Hygienebeauftragten mitgeteilt.

**Ermittelt am:** \_\_\_\_\_

**von:** \_\_\_\_\_

Quellen: Gefährdungsbeurteilung gemäß BioStoffV Landesgesundheitsamt Niedersachsen  
Überleitungsbogen MRE - Netzwerke in Niedersachsen  
Risikoeinschätzung/-bewertung bei MRE in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation - DGKH