

**Klinik:**

**Zusammenfassung AB-surveillance:**

- 
- 
- 
- 

**Zusammenfassung Resistenz-surveillance:**

- 
- 
- 
- 

**Schlussfolgerung:**

- 
- 
- 
- 

**Mitarbeitern Ergebnisse demonstriert: Datum:**

---

Datum

---

Unterschrift Klinikleiter