

Patient (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht: weibl.
 männl.

geb. am:

Ggf. Name d. Erziehungsberechtigten/Betreuer:

Telefon:

Meldeformular Skabies/Krätze

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gem. § 34, 36 (3a) IfSG

Meldung durch:

- Verdacht
 Klinische Diagnose

Erkrankungsdatum¹⁾:

Diagnosedatum¹⁾:

Datum der Meldung:

Telefon:

Daten zur Erkrankung

In ärztl. Behandlung seit/von: bis: bei:

Aktuelle Therapie:

Ersterkrankung: Ja Nein

Folgeerkrankung: Ja Nein Datum Ersterkrankung:

Therapie der Ersterkrankung:

Immunsuppression bekannt: Ja Nein

Infektionsquelle bekannt: Ja Nein

Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen): Ja Nein

Klinische Angaben

Erste Symptome am:

- Juckreiz oder Brennen am Ort des Auftretens
 Verschlechterung der Symptomatik bspw. bei Bettwärme
 Erythem/Hautrötung Bläschen Pusteln Schorf

Umgebung

Patient/in ist im medizinischen/pflegendem Bereich **tätig**: Ja Nein

Kontaktperson im Haushalt/im näheren Umfeld an gleichen Symptomen erkrankt: Ja Nein

(Kontaktpersonen auf der Seite 2 vermerken)

unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Per Fax an: (0511) 616- 48576

Region Hannover
Fachbereich Gesundheitsmanagement
Weinstraße 2
30171 Hannover

Meldende Person/Einrichtung
(Adresse, Telefonnummer):