

Meldung von Krätzefällen (Skabies) gemäß § 36 Abs. 3a IfSG

Einrichtungsnamen: _____ Ansprechperson: _____ Stand: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Adresse / Telefon (soweit nicht Einrichtung selbst)	Personengruppe *	Station / Wohnbereich / Gruppe	Unterbringung **	Erkrankungsbeginn	Diagnose ärztl. gesichert			Behandlung erfolgt	
									ja	nein	Verdacht	ja	nein
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Erläuterungen:

*** Personengruppe:**

- Mitarbeiter / Personal = **P**
- Betreute / Patient / Bewohner = **B**
- Besucher /sonstige Fremde = **F**

**** Unterbringung:**

- Einzelzimmer = **EZ**
- Doppelzimmer = **DZ**
- Dreibettzimmer = **MZ**
- Tagesgast = **TG**
- Extern = **Ex**

Liste fortschreiben und bei Veränderungen an den

Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück FAX 0541/501 - 4730 oder infektionsschutz@Lkos.de übersenden.