

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

Telefon:

Erkrankungsdatum<sup>1)</sup>: .....  
Diagnosedatum<sup>1)</sup>: .....  
Datum der Meldung: .....

## 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):

Name, Vorname	Geburtsdatum	♀ ♂	Telefon	Adresse	Haus-/Kinderarzt