

# Meldung von Krätzefällen (Skabies) gemäß § 35 Abs. 4 und § 36 Abs. 3a, 6 IfSG

Einrichtungsnahme: \_\_\_\_\_ 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](mailto:infektionsschutz@Lkos.de)** übersenden.