

Meldeformular Krätze (Skabies)

gemäß §§ 35, 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Vertraulich

Der Landrat
Gesundheitsamt
Frau Dr. Kieth o. V. i. A.
Am Rübezahlwald 7
51469 Bergisch Gladbach

Meldende Person / Einrichtung

Name der Einrichtung:	
PLZ, Ort:	Straße und Hausnummer:
Name:	Vorname:
Telefon-Nr.:	Fax-Nr.:
E-Mail:	

Art der Meldung

Verdacht	☐
Klinische Diagnose	☐
gewöhnliche Skabies	☐
milbenreiche Verlaufsform (z.B. Skabies crustosa)	☐

Allgemeine Angaben

Erkrankungsdatum	
Diagnosedatum	
Datum der Meldung	

Weitere Informationen / besondere Problemlage

Angaben zur betroffenen Person

a. Personendaten

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße & Hausnr.	
Postleitzahl	
Ort	
Telefon	

b. weitere Angaben

Geschlecht	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers
Status	☐ betreute Person	☐ Bewohner/in	☐ mitarbeitende Person
Name der Sorgeberechtigten/ gesetzlich Betreuenden			
Wurde die betroffene Person innerhalb der letzten drei Monate	☐ neu in die Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen	☐ stationär im Krankenhaus behandelt	

Klinische Angaben

Erste Symptome ab (Datum)		
Symptome	☐ Bläschen	☐ Pusteln
	☐ Papeln	☐ Schorf
	☐ Juckreiz oder Brennen	☐ Erythem / Hautrötung
Verschlechterung der Symptomatik	☐ Ja ☐ Nein	

Angaben zur ärztlichen Behandlung

Wird die betroffene Person ärztlich behandelt?	☐ Ja ☐ Nein
in ärztl. Behandlung seit	
in ärztl. Behandlung bis	
Name der/s behandelnden Arztes/Ärztin:	
Besteht die Möglichkeit, eine/n Hautarzt/-ärztin zu konsultieren?	☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Therapie

Es handelt sich um eine	☐ Ersterkrankung	☐ Folgeerkrankung
Medikamentöse Therapie mit	☐ Permethrin (Salbe)	☐ Ivermectin (oral)
	☐ Permethrin <u>und</u> Ivermectin	☐ keine

Im Fall einer Folgeerkrankung

Vorbehandlung (Zeitraum)	Von bis	
Mit welchem Medikament wurde die Erstbehandlung durchgeführt?	☐ Permethrin (Salbe)	☐ Ivermectin (oral)
	☐ Permethrin <u>und</u> Ivermectin	☐ keine

Anamnese

Ist eine Immunsuppression bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
Ist die Infektionsquelle bekannt?	☐ Ja	☐ Nein
Personendaten		
Ist die Meldung Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen)?	☐ Ja	☐ Nein

Umgebung

Anzahl der Kontaktpersonen im Wohnbereich, davon:	Bewohnende 	Mitarbeitende
Möglichkeit, die erkrankte(n) Person(en) zu isolieren?	☐ Ja	☐ Nein
Sind weitere Personen betroffen? (bitte umseitig angeben)	☐ Ja	☐ Nein

Beratung

Benötigen Sie derzeit Beratung oder Unterstützung durch das Gesundheitsamt?	☐ Ja	☐ Nein
Benötigen Sie weiteren Bedarfsinformationen/-materialien?	☐ Ja	☐ Ja

Es wird gebeten, dem Gesundheitsamt die Meldung unverzüglich per FAX: 02202/13-102699 oder nach telefonischer Meldung (02202/13-3366) per Post zuzusenden.

Datum

Unterschrift

Anhang

Blanko-Meldelisten

betroffene Bewohnende

[illegible]

betroffene Mitarbeitende und sonstige Personen[illegible]