

# Benachrichtigung gemäß §§ 34 (1) und 36 (3a) Infektionsschutzgesetz (IFSG) Skabies/Krätze bei in bestimmten Einrichtungen tätigen oder untergebrachten Personen

**- Unverzügliche Nachricht erforderlich! -**

**Landkreis Cloppenburg**

**- Gesundheitsamt -  
Gesundheitsaufsicht  
Eschstraße 29  
49661 Cloppenburg**

Email:            infektionsschutz@lkclp.de  
Telefax:          04471/15-330

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Name und Art der Einrichtung |               |
| Meldende/r                   | Telefonnummer |
| E-Mail                       | Meldedatum    |

**1. Die Benachrichtigung betrifft**

- Personal der Einrichtung  
 Betreute Personen

**2. Durch wen wurde die Diagnose/der Verdacht gestellt?**

- Hausarzt     Hautarzt

|                 |
|-----------------|
| Name Arztpraxis |
|-----------------|

- gewöhnliche Skabies\***     **Scabies crustosa\***

(\*Bitte vom Arzt diagnostizieren lassen!)

**3. Name, Vorname, Geburtsdatum, (falls von Einrichtungsadresse abweichend Anschrift und Telefonnummer) der betroffenen Person(en):**

|    | Symptombeginn | Erkrankung               | Verdacht                 |
|----|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) |               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |