

Meldeformular – Scabies

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 34 IfSG

Angaben zum Erkrankten

Geburtsdatum

Name

Vorname

Adresse

Telefonnummer

Stadt

Kommune

Gemeinde

Geschlecht

männl. weibl.

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Erkrankungsdatum¹⁾:**
- Diagnosedatum¹⁾:**
- Datum der Meldung:**

Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in lebt oder ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig** z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit:
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt

:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Gesundheitsamt Kreis Lippe
Rintelner Straße 83 . D-32657 Lemgo
fon 05231 62-1100 oder -1102
(Mo-Do 8-15h, Fr bis 12h)

Gesundheitsschutz@Kreis-Lippe.de
oder FAX: 05231-630113110

Meldende Person

(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Adresse, Telefonnummer):

¹⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.