



**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"/>
7)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stand: September 2022