

Anlage 1: Information zur Behandlung mit Scabiziden bei engen Kontaktpersonen ohne Symptome und Einverständniserklärung über die Durchführung der Behandlung (als Muster zur Bearbeitung und Verwendung durch Gesundheitsamt)

Wie Sie der Information durch das Gesundheitsamt entnommen haben, sind in der Einrichtung _____ (Bitte eintragen)

Fälle von Krätze (Skabies) aufgetreten. Dabei handelt es sich um eine ansteckende Hauterkrankung, die durch Krätzemilben hervorgerufen wird. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Um Krätze wirkungsvoll behandeln zu können, müssen alle engen Kontaktpersonen, unabhängig davon, ob sie selbst Anzeichen für die Erkrankung zeigen, zeitgleich behandelt werden. Da die Inkubationszeit (Zeitraum zwischen Ansteckung und ersten Krankheitszeichen) bei Krätze mit 2-5 Wochen sehr lang ist, zeigen enge Kontaktpersonen häufig noch keine Krankheitsanzeichen, können aber selbst schon ansteckend sein.

Die Fachinformation zu den Krätzemedikamenten enthalten nur den Hinweis, dass Kontaktpersonen schnellstmöglich einen Arzt aufsuchen sollten, damit dieser über Notwendigkeit und Art der Therapie entscheidet. Die Behandlung von Kontaktpersonen ohne Symptome ist von der Arzneimittelzulassung nicht regulär abgedeckt, was zu speziellen Aufklärungspflichten führt. Der Patient muss durch den Arzt über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden und seine Zustimmung über die Anwendung schriftlich erteilen.

Der behandelnde Arzt hat sich gemeinsam mit dem Gesundheitsamt entschlossen, _____ für die Behandlung einzusetzen.

(Name des Scabizids)

Das Präparat ist für die Behandlung von Skabies in Deutschland zugelassen.

Der Hersteller nennt an möglichen Nebenwirkungen: _____

(Eintragung der Nebenwirkungen aus den aktuellen Produktinformationen)

Das Medikament wird durch den **behandelnden Arzt bzw. das Gesundheitsamt** zur Verfügung gestellt. Eine genaue Anleitung für die Anwendung ist dem Arzneimittel als Packungsbeilage beigelegt und wird von uns auf folgender Veranstaltung noch einmal mündlich erläutert: _____

(entsprechend ändern bzw. eintragen).

Dabei und auf Wunsch auch im Einzelgespräch mit _____

(bitte eintragen)

werden Sie über die Behandlung (Therapiealternativen) aufgeklärt und haben die Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Wir bedanken uns sehr für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

(Stempel des Gesundheitsamtes)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____ geb. ___ / ___ / ___

Vorname, Name, Geburtsdatum

wohnhaft _____,

Straße, PLZ/Ort

mündlich und schriftlich durch _____ über

(Name des Arztes)

die Behandlung mit _____

(Name des Präparats)

und über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt worden zu sein. Mir ist bekannt, dass das Präparat in Deutschland zugelassen ist, aber nicht speziell für die Anwendung bei symptomfreien Personen. Außerdem wurde ich auf mögliche Nebenwirkungen hingewiesen. Das Informationsblatt zu Skabies habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich erkläre mich mit meiner Behandlung/ der Behandlung meines Kindes/ Angehörigen

_____ geb. ___ / ___ / ___

Vorname, Name, Geburtsdatum (des Kindes/des Angehörigen)

mit dem Scabizid _____ einverstanden.

(Name des Scabizids eintragen)

___ / ___ / 20___, _____

Datum, Unterschrift