

Formular "Skabies-Behandlung: Personenliste – Permethrin – Behandlungskontrolle"

Skabies-Behandlung lokal mit Permethrin 5% Lotion/Crème: bei Personen aus Asylunterkünften: Schwangere und Personen mit Gewicht < 15kg.

Asylunterkunft:

Ärztin/Arzt:

Betreuungsperson(en):

| Name / Vorname | N- Nummer | Geburts- datum | Geschlecht | Schwanger- schaft | kg KG | | Tag 1 | Tag 15 | Bemerkungen |
|----------------|--------------|-------------------|------------|----------------------|----------|--|-----------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | | Datum: | Datum: | |
| | | | | | | | Behandlung ✓ | Behandlung ✓ | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |