

Fragebogen für Infektionen (Lebensmittelbedingte Erkrankungen)

EMS-ID:

Erhebung: mündlich per Mail telefonisch von am:

Das Gesundheitsamt führt Erhebungen zur Feststellung der Infektionsquelle durch. Sie werden um Mitwirkung gebeten.

Durch Ihre Angaben leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur öffentlichen Gesundheitspflege.

Sie werden ersucht, nachstehende Fragen möglichst vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Wenn Sie eine Antwort nicht wissen, lassen Sie das Feld bitte leer.

Name: Vorname/n: Titel:.....

Geburtsdatum: Soz. Vers. Nr.: Tel. Nr.:

Alter in Jahren: Geschlecht: männlich weiblich

wohnhaft (Adresse):

Beruf/Tätigkeit: Betrieb/Firma/Organisation:

Adresse der Arbeitsstelle: Tel.Nr.:

Kindergarten/Schule/Klasse: Adresse:

Datum des letzten Arbeitstages /Besuch der Einrichtung:

Behandelnder Arzt:

Wann hat die Erkrankung begonnen? Datum:
(Inkubationszeit 2-10 Tage / in Einzelfällen 1 – 10 Tage)

Stuhlag: Meldetag: Wie lange waren Sie krank? Tage

War ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? ja nein

Wenn ja:

Welches Krankenhaus/Abteilung:

Aufnahmedatum: Entlassungsdatum:

Waren Sie in den letzten 10 Tagen vor dem Krankheitsbeginn im Ausland? ja nein

Wenn ja, in welchem Land?

Wurde die Krankheit im Ausland erworben? ja nein

Haben in Ihrer Umgebung, in der Woche vor oder nach Krankheitsbeginn andere Personen (Familienmitglieder, Freunde usw.) an einer ähnlichen Erkrankung (Durchfall) gelitten?

Wenn ja, wie viele Personen sind Ihnen bekannt?

.....
.....

Wenn ja, haben Sie eine Vermutung über einen gemeinsamen Ausgangspunkt für diese Erkrankungen?

.....
.....

Haben Sie in der letzten Woche an einer Gemeinschaftsverpflegung teilgenommen (z.B.: Mittagessen in der Kantine / Betriebsausflug / Betriebsfeier / Geburtstagsfeier / Hochzeitsessen / Vereinsfeier / Feier in einer Gaststätte usw.)? ja nein

Wenn ja, wo und wann war dieses Ereignis?

.....
.....

Symptome Ihrer Erkrankung:
(viele Infektionen verlaufen asymptomatisch)

Durchfall (= 3 oder mehr dünnflüssige Stühle innerhalb von 24 Stunden) ja nein

Anzahl der Stuhlentleerungen pro Tag am Höhepunkt der Erkrankung 3 – 5x 5 – 10x mehr als 10x

Wie viele Tage hatten Sie insgesamt Durchfall? Tage

Blut im Stuhl? ja nein

Schleimbeimengung im Stuhl? ja nein

Übelkeit ja nein

Erbrechen ja nein

Bauchschmerzen ja nein

Kopfschmerzen ja nein

Glieder- und Muskelschmerzen ja nein

Fieber ja nein

andere Beschwerden:

Bestehen zum Zeitpunkt der Erhebung noch Durchfälle?

ja nein

Allgemeine Fragen:

Wasserversorgung (Ihrer Wohnung/
Ihres Hauses....)

- öffentliche Wasserversorgung (Gemeinde / WG öä.)
- eigene Quelle / eigener Brunnen
- nicht bekannt

Tierhaltung:

- Hühner
- Enten / Gänse
- Rinder
- Schweine
- Andere:

Haustiere:

- Hund/e
- Katze/n
- Reptilien (Schlangen /Schildröten öä.)
- Andere:

Haben Sie ein bestimmtes Lebensmittel oder eine bestimmte Infektionsquelle in Verdacht, die für Ihre Erkrankung verantwortlich sein könnte?

ja nein

Wenn ja, welches?

.....

Haben Sie innerhalb der letzten 3 Tage vor Krankheitsbeginn Fleisch gegessen?

ja nein

Wenn ja, welches Fleisch?

(X-en Sie bitte die entsprechenden Felder in der Tabelle an)

		Rindfleisch	Schweinefleisch	Huhn / Ente	Pute / Gans
Wann gegessen (vor Beginn d. Erkrankung)	weniger als 24 Stunden				
	zwischen 24 u. 48 Stunden				
	zwischen 48 u. 72 Stunden				

Das Fleisch war	Rohes Faschiertes				
	halbroh				
	durchgebraten				

Wurde gekauft	Fleischer				
	Geschäft / Supermarkt				
	Bauernmarkt				
	direkt vom Bauernhof				
	Eigen-schlachtung				
	nicht bekannt				

wurde gegessen	zu Hause				
	Gaststätte oder ähnliches				
	nicht sicher				

- Wildfleisch ja nein
- Rohwurstwaren ja nein
- Faschiertes Fleisch ja nein
- Rohe, nicht pasteurisierte Milch ja nein

Wenn ja, woher stammen genannte Lebensmittel?

.....

Besucht der/die Betroffene eine Gemeinschaftseinrichtung (Kindergarten, Schule, Kaserne, Altersheim usw.?)

ja nein

Wenn ja, welche und wo?

.....

Ist der/die Betroffene im Lebensmittelbereich tätig? ja nein

Wenn ja, in welcher Funktion und in welcher Einrichtung (Firma / Organisation usw.)?

.....
.....

Ist der/die Betroffene im Gesundheitsbereich tätig? ja nein

Wenn ja, in welcher Funktion und in welcher Einrichtung (Krankenhaus / Ordination usw.)?

.....
.....

Wurde ein Antibiotikum eingenommen? ja nein

Wenn ja:

Welches Präparat?

In welcher Dosierung?

Wie lange?

Wie viele Tage nach Beginn der Durchfälle mit der Einnahme begonnen?

Haben Sie noch etwas wichtiges, im Zusammenhang mit gegenständlicher Erkrankung mitzuteilen?

.....
.....

Unterschrift der Erkrankten bzw. des Erziehungsberechtigten

Datum:

Besten Dank für Ihre Bemühungen und Mitarbeit!

Information gemäß Art. 13 DSGVO Datenschutz-Grundverordnung

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine von mir bekannt gegebenen personenbezogenen Daten zum Zweck einer epidemiologischen Abklärung erhoben werden. Die Daten, welche zur Leistungserbringung erforderlich sind und im Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186/1950 idgF begründet sind, werden grundsätzlich gemäß der Aufbewahrungspflicht für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Mir ist bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und auf Widerspruch der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe. Darüber hinaus habe ich jederzeit das Recht, hinsichtlich der

Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzubringen.

Verantwortlich für die Verarbeitung meiner Daten ist die Landeshauptstadt Klagenfurt am Wörthersee. Weitere Informationen finden Sie auf www.klagenfurt.at/datenschutz

Unterschrift.....

Bei telefonischer Abklärung: es wurde mündlich auf die Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen und diese telefonisch übermittelt.