

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Ifd ZI / EMS-ID:

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.

Zutreffendes bitte ankreuzen und Felder bitte ausfüllen.

Titel / Vorname Nachname
 Geburtsdatum Geschlecht.....
 Nationalität.....
 Sozialversicherungs-Nr Sozialvers.-Träger
 Derzeitige Adresse:
 Heimatadresse, falls abweichend:.....
 Beschäftigung: Lebensmittelverarbeitung Krankenhaus Gemeinschaftseinrichtung
 Dienstgeber (wenn eine der 3 Beschäftigungsarten zutrifft):

Ich bin erkrankt Ja Nein – Wenn nein: weiter bei „In den fünf Tagen...“

Beginn der Erkrankung am – Datum Uhrzeit

Krankheitszeichen: (Mehrfachangaben möglich)

Übelkeit Erbrechen
 Durchfall Bauchschmerzen
 Fieber über 38°C Andere:
 Ich habe einen Arzt aufgesucht Name des Arztes:
 Ich war im Krankenhaus Wenn ja, welches:
 Es wurde eine Probe entnommen: Stuhl Blut Harn
 Andere
 Mir ist eine Diagnose bekannt Welche?.....

In den fünf Tagen vor Erkrankungsbeginn / vor habe ich konsumiert:

Lebensmittel	zu Hause	In einem Restaurant – Café, Gemeinschaftseinrichtung
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte (außer Käse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier und Eiprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rindfleisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensmittel	zu Hause	In einem Restaurant – Café, Gemeinschaftseinrichtung
Schweinefleisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schafsfleisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hühnerfleisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putenfleisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Geflügelfleisch -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krusten-, Schalen- und Weichtiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, Gemüsesäfte und -erzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel aus Konserven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide, -Reis, Samen und Hülsenfrüchte (Nüsse, Mandeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte, Beeren, Fruchtsäfte und andere Obsterzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getränke inkl. Mineralwasser in Flaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten und Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Backwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräuter und Gewürze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemischte Lebensmittel und Buffetmahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich hatte in diesem Zeitraum **Kontakt zu rohem Fleisch oder rohen Eiern** **zu Tieren**

Nähere Angaben falls ja:

Reisebewegung in diesem Zeitraum Wenn ja, Reisetag:.....

Reise von – nach:

Mir sind **weitere erkrankte Personen** bekannt: Anzahl:

(Name / Vorname /Erreichbarkeit: Beiblatt verwenden)

Was mir noch wichtig erscheint:

.....

Ich bin für Rückfragen / weitere Erhebungen erreichbar unter Tel. / Email:

.....

Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Bogen an