

**Patientenfragebogen:**

<b>Stammdaten:</b>		
Nachname:	Vorname:	Geb.datum:
Wohnort:	Straße:	
Telefonnr:	Beruf:	
E-mail:		
Tag der Erkrankung:		
Tag der ersten Symptome:		
Sind bereits medizinische Behandlungen erfolgt?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Wenn ja, welcher Art?		
Krankenhausaufenthalt?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Wenn ja, wo? (Name des KH, Station, Tel)		
Von	bis	

<b>Krankheitszeichen/ Symptome:</b>		
Auftreten der Krankheitssymptome rasch/ plötzlich?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
<u>Art der Symptome:</u>		
Hohes Fieber <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/>	Husten <input type="checkbox"/>
Erbrechen <input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen <input type="checkbox"/>	Unruhe <input type="checkbox"/>
Durchfall <input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen <input type="checkbox"/>	Herzrasen <input type="checkbox"/>
Kolikartige Bauchschmerzen <input type="checkbox"/>	Halsschmerzen <input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/>
Darmblutung <input type="checkbox"/>	Lungenentzündung <input type="checkbox"/>	Exanthem/ Hautulzeration <input type="checkbox"/>
Augenprobleme <input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/>	Lidödem/ Tränenfluss <input type="checkbox"/>

<b>Reiseanamnese:</b>		
Selbst verreist gewesen?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Wenn ja: wann?	<b><u>Wo?</u></b>	
An einer Gruppenreise teilgenommen oder mit einem Reiseunternehmen gefahren?		
Wenn ja: Welches Unternehmen?		
Mücken-/Zeckenstich vorhanden?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Kontakt zu Reiserückkehrern:	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Impfungen vorhanden?	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Wenn ja, welche?		

**Lebensmittelanamnese:**

Auftreten der Symptome kurz nach Lebensmittelverzehr? **JA** **NEIN**

Wenn ja, wann wurde das Lebensmittel gegessen? (Datum)

Welche Lebensmittel wurden verzehrt?

1)

2)

3)

...

Gab es

Verzehr von Wurstwaren **JA** **NEIN**

Verzehr von Fleischwaren **JA** **NEIN**

Wo haben Sie diese gegessen? (z.B. Kantine, private Veranstaltung, Restaurant...)

Ort und Straße benennen!

Wenn selbst gekaufte Lebensmittel verzehrt wurden, wo haben Sie diese eingekauft? (Laden/Ort und Straße benennen)

**Achtung: Ggf. Meldung an das Veterinäramt!**

**Kontaktpersonen**

Sind andere Personen aus Ihrem Umfeld erkrankt? **JA** **NEIN**

Wenn ja, wer? (Name, Anschrift, Tel.)

1)

2)

3)

...

Waren Sie mit bestimmten Personen in den letzten Tagen viel zusammen? (z.B. Familienangehörige, Freunde, Kollegen...)

Wer? (Name, Anschrift, Tel.) Wann? Welcher Art?

1)

2)

3)

...

Berufliche Tätigkeit einer Kontaktperson im Lebensmittelbereich? (Wer?)

Berufliche Tätigkeit einer Kontaktperson mit Kindern? (Wer?)

**Umgebungsanalyse:**

Wo haben Sie sich in den letzten Tagen aufgehalten? (z.B. Wohnung, Arbeitsstelle, Hotel / Pension, Camping...)

(Ort und Zeitraum benennen)

Gab es einen Besuch von Veranstaltungen?                      **JA**                      **NEIN**

(z.B. private Feier, Kino/Theater, Disco, Ausstellung, Freizeitpark ...)

Wenn ja, wann?

Wo? (Einrichtung, Ort und Straße benennen)

Gab es Kontakt zu Tieren?    **JA**    **NEIN**

Wenn ja, wann:    Wo (z.B. Urlaub, Zoo...):

Welches Tier?

Gab es in den letzten Tagen Aktivitäten im Freien?                      **JA**    **NEIN**

Was    Wann    Wo

**Eingeleitete Maßnahmen:**

- |                      |                          |                 |                          |                       |                          |
|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Info an Vet Leb      | <input type="checkbox"/> | TV              | <input type="checkbox"/> | eingeschränktes TV    | <input type="checkbox"/> |
| Kita Verbot          | <input type="checkbox"/> | Schulverbot     | <input type="checkbox"/> | Umgebungsuntersuchung | <input type="checkbox"/> |
| Belehrung            | <input type="checkbox"/> | Chemoprophylaxe | <input type="checkbox"/> | Impfung               | <input type="checkbox"/> |
| Impfung f Angehörige | <input type="checkbox"/> | sonstiges       | <input type="checkbox"/> |                       |                          |