

## Meldeformular - Gruppenerkrankung (Bakteriologie/Enteritis-Labor LGA)

Laufende LGA-interne Nummer: \_\_\_\_\_

Identifikator (Octoware): \_\_\_\_\_

Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner (GA): Herr/Frau \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Datum der Meldung an das GA: \_\_\_\_\_

Beginn des Ausbruchs: \_\_\_\_\_

Betroffene Einrichtung: \_\_\_\_\_

Ausbruchsort: \_\_\_\_\_

Teilnehmer/Bewohner insgesamt: \_\_\_\_\_ Personen

Küchenpersonal insgesamt: \_\_\_\_\_ Personen

Anzahl der Erkrankten: \_\_\_\_\_

Davon: Teilnehmer/Bewohner: \_\_\_\_\_ Küchenpersonal: \_\_\_\_\_

Symptomatik:					
<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>	Durchfall-blutig	<input type="checkbox"/>	Kreislaufbeschwerden
<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Bauchkrämpfe
<input type="checkbox"/>	Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____

Erreger bekannt: ja  : \_\_\_\_\_ nein

Waren Mitarbeiter der amtlichen Lebensmittelüberwachung vor Ort? ja  nein

Wurden Lebensmittelproben erhoben? ja  nein

### Laboruntersuchung:

Untersuchungsspektrum:	
<input type="checkbox"/>	Darmpathogene Keime (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien)
<input type="checkbox"/>	Lebensmittelvergifter ( <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Bacillus cereus</i> , <i>Clostridium perfringens</i> )
<input type="checkbox"/>	Darmpathogene Viren (Noro-, Adeno-, Astro- und Rotaviren)
<input type="checkbox"/>	Parasiten (Giardien, Cryptosporidien oder andere)
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erreger (EHEC, EPEC oder andere):

Geplante Proben:	Anzahl:
Erkrankte Teilnehmer/Bewohner	
Nichterkrankte Teilnehmer/Bewohner	
Erkranktes Küchenpersonal	
Nichterkranktes Küchenpersonal	

Datum: \_\_\_\_\_ Bearbeiter(in): \_\_\_\_\_