

**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): \_\_\_\_\_