

# MUSTER - Fragebogen Listeriose

Der Fragebogen ist ausgefüllt an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsamt)  
zu übermitteln!

Krankenanstalt: \_\_\_\_\_  
(Stampiglie)

Abteilung: \_\_\_\_\_

Datum der Befragung: \_\_\_\_\_

## Patientin/Patient:

Vorname: \_\_\_\_\_

Familiennamen bzw. Nachnamen: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

**Status:**  Verdacht auf eine Infektion mit Listerien seit: \_\_\_\_\_  
(Datum: tt/mm/jjjj)

Erkrankt an Listeriose seit: \_\_\_\_\_  
(Datum: tt/mm/jjjj)

Verstorben: am: \_\_\_\_\_ an Listeriose   
(Datum: tt/mm/jjjj) anderer Grund

**Patientin:** schwanger  nein  
 ja: Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ SSW

Abort  nein  
 ja: Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ SSW

Totgeburt  nein  ja

Neugeborenes infiziert  nein  ja

Sind andere **Familienmitglieder bzw. Freunde/Bekannte**, soweit bekannt, auch erkrankt?

nein

ja: Name und Wohnort: \_\_\_\_\_

### **Symptome der Patientin/des Patienten**

Atemstörung (Dyspnoe)

Fieber

Granulomatosis infantiseptica (Mikroabszesse in verschiedenen Organen)

grippeähnliche Symptome

Haut-, Bindehaut- oder Schleimhautläsionen (Veränderungen)

Lokalisierte Infektionen wie Arthritis, Endokarditis und Abszesse

Meningitis oder Meningoenzephalitis

Sepsis

**Die Patientin/der Patient befindet sich derzeit auf der Intensivstation:**  ja  nein

### **Grunderkrankungen:**

nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Probenuntersuchungen**

**Datum der Probennahme:** \_\_\_\_\_

Datum (tt/mm/jjjj)

**Art der Probe (Blut, Liquor,...):** \_\_\_\_\_

**Mikrobiologisches Labor:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Laborergebnis:**  negativ  positiv      **Ergebnis Feintypisierung:** \_\_\_\_\_

**Datum des Probenbefundes:** \_\_\_\_\_

Datum (tt/mm/jjjj)

**Welche Nahrungsmittel wurden in den letzten 10 Wochen konsumiert?**

**Fleisch:**

Huhn  Pute  Schwein  Rindfleisch  sonstiges \_\_\_\_\_

**Fleischzubereitung:**

Welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurst:**

welche \_\_\_\_\_

**Fisch:**

Räucherfisch  sonstiger \_\_\_\_\_

**Fischzubereitung:**

Welche \_\_\_\_\_

**Milch:**

Kuhmilch  Ziegenmilch  Schafmilch

Rohmilch: von \_\_\_\_\_

**Milcherzeugnisse:**

**Käse:**  Quargel  Brie  Feta  Camembert  Gorgonzola

sonstiger \_\_\_\_\_

**Sonstige Milcherzeugnisse:**

Welche \_\_\_\_\_

**Feinkostsalate:**

**Pflanzliche Lebensmittel:**

Salat, welche \_\_\_\_\_

Pilze, welche \_\_\_\_\_

**Besteht oder Bestand in den letzten 10 Wochen Kontakt zu Tieren?**

- Eigene Landwirtschaft     Andere Landwirtschaft  
 Eigene Haustiere         Andere Haustiere

**Auslandsaufenthalt innerhalb 10 Wochen vor Erkrankungsausbruch:**

- nein  
 ja, wo \_\_\_\_\_

**Stellt die Patientin/der Patient Lebensmittel aus seinem Haushalt für eine Lebensmitteluntersuchung zur Verfügung?**  ja  nein

Hinweis: Der Transport der Proben der Lebensmittel zur Untersuchung wird nach Übermittlung des Fragebogens vom örtlich zuständigen Amtsarzt veranlasst

---

Name der erhebenden Person (Blockbuchstaben)

Unterschrift