

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zeitnah an uns zurück:**

Landkreis Harburg  
Abteilung Gesundheit  
Schloßplatz 6  
21423 Winsen (Luhe)  
Telefon: 04171/693-372  
Fax: 04171/693-174  
Mailto: Gesundheitsamt@LKHamburg.de



## **Meldung klinischer Folgen eines Kontaktes mit Raupenhaaren des Eichenprozessionsspinneres**

Name:

Wohnort:

Geburtsdatum:

männlich  weiblich

Telefon:

E-Mail:

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bei einem Arzt?

ja  nein

Wenn ja, Name und Anschrift Ihres behandelnden Arztes:

Ort und Datum des Raupenkontaktes: (bitte so konkret wie möglich)

Wann begannen Ihre Beschwerden nach den Raupenkontakt? Datum:

Wo ist der Kontakt sichtbar geworden und welche weiteren Krankheitsanzeichen sind aufgetreten: \* bitte ankreuzen und ggf. weiter beschreiben. Sollte der Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite dieses Bogens.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag, Juckreiz*       | <input type="checkbox"/> Augenbindehaut / Augen*             |
| <input type="checkbox"/> asthmaartige Symptomatik*      | <input type="checkbox"/> Entzündung Nasen – Rachenbereich*   |
| <input type="checkbox"/> allergische Schocksymptomatik* | <input type="checkbox"/> Klinik und/oder Arbeitsunfähigkeit* |

Anmerkungen bzw. genaue Körperstelle:

Sind Sie Allergiker?

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes mich oder auch meinen behandelnden Arzt für evtl. Rückfragen kontaktieren dürfen:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift