

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