**Lebensmittelvergiftung – Fragebogen (gut lesbar durch jede Person auszufüllen)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personalien** | Name :  Vorname : .  Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr :.  Adresse : Strasse : .  PLZ : Ort :  Tel Nr. Privat : Geschäft:  Fax : Natel :  Beruf :  Wenn im Lebensmittelgewerbe berufstätig : Arbeitgeber (Adresse, Tel. Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Krank ?** | NEIN  JA |  | | | (wenn ja, bitte untenstehende Liste ausfüllen) | | | | | | | | | | | |
| **Feststellungen** | Symptome | | | |  | **Beginn: Stunde, Tag** | | | | | | | | | **Ende : Stunde, Tag** | |
| **(klinische Symptome)** | Erbrechen  Durchfall  Bauch- und Magen-krämpfe  Kopfschmerzen  Fieber  Blutiger Stuhlgang  Übelkeit  Sehstörungen  Andere: | | | |  | °C | | | | | | | | |  | |
| **Konsultierte Ärtze/ Spitäler** | Name, Adresse, Datum, eventuelle Behandlungen | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnostik** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Durchgeführte Analysen** | NEIN  JA Resultate (Labor/ Adresse) : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum der verdächtigten Mahlzeit** |  | | | | | | | | | **Stunde** | | |  | | | |
| **Falls öffentliche Gaststätten** | Firmennamen :  Adresse : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vermeindliches Verursacherprodukt der Vergiftung** |  | | | | | | **Ort und Datum des Kaufs :** | | | | . | | | | | |
| **Reisen - Ausflüge** | NEIN  JA Ort-Land : Datum : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Auswärtige Mahlzeiten** | NEIN  JA Ort-Land : Datum | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wasserversorgung** | Privatquelle : Netzwasser : Anderes | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LEBENSMITTELUNTERSUCHUNG (Bitte ebenfalls ausfüllen)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mahlzeit vom Zeit : | | | | Mahlzeit vom : Zeit : | | | | | | | | | | Mahlzeit vom : Zeit : | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |
| **Welche Lebensmittel haben Sie in den 3 Tagen vor den ersten Symptomen konsumiert ?**  **Bitte, ergänzen Sie untenstehende Liste, indem Sie den Namen/Marke des Produktes angeben, Verkaufsstelle. ...** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rohmilch :  Pasteurisierte Milch : :  Käse :  Hausgemachte Mayonaise:  Eier :  Teigwaren :  Reis :  Frische Pilze :  Belegte Brote :  Frischgemüse :  Salat (z.B. Kartoffelsalat) :  Sandwich :  Aufschnitt :  Fisch :  Kaltes Fleisch:  Saucen :  Vorgekochte Speisen : | | | | | | | |  | Speiseeis :  Dessert :  Yoghurt :  Gewürze :  Blattsalat :  Fleischzubereitung :  Haltbar gemachte Pilze :  Haltbar gemachte Gemüse :  Pizza:  Hamburger :  Andere : | | | | | | |  |
| Ergänzungen (Herkunft der Produkte, Kaufort, Ort der Mahlzeiteinnahme, Zubereitungsart - Kochen, teilweises Erwärmen, ... - Lagerbedingungen -Temperatur, Lagergut, Lagerzeit) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bitte bewahren Sie alle Reste der verdächtigten Mahlzeit(en) und deren Ausgangsprodukte im Kühlschrank auf** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fragebogen so schnell wie möglich an das Amt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, Impasse de la Colline 4, 1762 Givisiez** | | | | | | | | | | | | | | | | |