

Landkreis Oldenburg
Gesundheitsamt
Delmenhorster Str. 6

Wildeshausen
Tel.: 04431/ 85-_____
Mail: _____

Meldung klinischer Folgen eines Kontaktes mit Raupenhaaren des Eichenprozessionsspinners

Angaben zum Patienten:

Alter _____ Jahre

- weiblich
 männlich

Arztkonsultation:

- Ja
 nein

Kontaktdatum

Ort des Raupenkontaktes (so konkret wie möglich)

Klinische Erscheinungen seit: _____

1. Raupenhaar –Dermatitis

- ja nein

2. Augenbindehaut/Augen

- ja nein

3. Entzündung Nasen-Rachenbereich

- ja nein

4. Bronchitis

- ja nein

5. Asthmaartige Symptomatik

- ja nein

6. Allergische Schocksymptomatik

- ja nein

7. Allgemeinerscheinungen (welche)

Erfolgte eine Klinikeinweisung

ja nein

Bestand Arbeitsunfähigkeit

ja nein

Datum _____

Anschrift der meldenden Stelle
