

---

## Fragebogen

---

### Salmonella

1. Erkrankungsbeginn ...../...../..... (Datum, TT/MM/JJJJ)  (9) Weiß nicht
2. Waren Sie in den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn im In- oder Ausland verreist?  
 (1) (Ja)  (2) (Nein) Falls Ja: Wohin (Land/Stadt/Bundesland)? \_\_\_\_\_
3. Sind bei Ihnen eines oder mehrere der folgenden Krankheitszeichen aufgetreten?:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Weiß nicht</b>
Durchfall (3 oder mehr ungeformte Stühle in 24 Std.)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
Übelkeit	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
Erbrechen	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)
Fieber > 38 °C	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (9)

4. Waren Sie stationär im Krankenhaus wegen Ihrer Erkrankung?  
 (1) Ja  (2) Nein Wo: \_\_\_\_\_  
 Falls ja, in welchem Zeitraum: \_\_\_\_\_
5. Sind Sie berufstätig?  (1) Ja Beruf: \_\_\_\_\_  (2) Nein
6. Sind in Ihrem Haushalt in der Woche vor Ihrer Erkrankung weitere Personen an Durchfall erkrankt?  
 (1) Ja Falls ja, wie viele Personen? \_\_\_\_\_  (2) Nein
7. Sind in Ihrem Haushalt gleichzeitig mit Ihnen weitere Personen erkrankt?  
 (1) Ja  (2) Nein  (9) Weiß nicht  
 Falls ja, wie viele Personen? \_\_\_\_\_

8.	In den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn, haben Sie <b>rohes Rindfleisch</b> gegessen?	<input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht	<b>Falls ja, welcher Art?</b> <input type="checkbox"/> (3) Tartar (rohes Rinderhack) <input type="checkbox"/> (4) _____ Sonstiges
9.	In den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn, haben Sie <b>rohes Schweinefleisch</b> gegessen?  (z. B. auch in der Form von Rohwurst wie Salami, Mettwurst, Teewurst)	<input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht	<b>Falls ja, in welcher Form?</b> <input type="checkbox"/> (2) Bouletten <input type="checkbox"/> (3) Bratwurst, Grillwürste <input type="checkbox"/> (4) _____ Sonstiges
10.	In den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn, haben Sie <b>rohe Eier</b> gegessen?  (z. B. auch in der Form von Eierspeisen, oder Speiseeis)	<input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht	<b>Falls ja, in welchem Zusammenhang?</b> <input type="checkbox"/> (3) Tiramisu <input type="checkbox"/> (4) in ungebackenem Kuchenteig <input type="checkbox"/> ( ) Eis <input type="checkbox"/> (5) _____ Sonstiges
11.	In den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn, haben Sie Huhn bzw. <u>Hähnchen, Puter oder Truthahn</u> gegessen?	<input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht	<b>Falls ja, in welcher Form?</b> <input type="checkbox"/> (3) Grillhähnchen, Broiler <input type="checkbox"/> (4) gek. Hühnerfleisch <input type="checkbox"/> (5) Tee-/Mettwurst mit Geflügel <input type="checkbox"/> (6) Geflügelsalami <input type="checkbox"/> (7) Geflügelbrust (Filets) <input type="checkbox"/> (8 ) Geflügelspieße <input type="checkbox"/> (9) Geflügelaufschnitt <input type="checkbox"/> (10) _____ Sonstiges
12.	Waren diese Geflügel-Produkte (außer der Wurst) roh bzw. nicht ganz durcherhitzt?	<input type="checkbox"/> (1) immer durch-erhitzt <input type="checkbox"/> (2) (Auch) roh, nicht durch-erhitzt: _____ <input type="checkbox"/> (6) Weiß nicht	

13.	<p>Wo haben Sie diese Geflügel-Produkte gekauft?:</p> <p>In der Fleischerei: <input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein</p> <p>Auf dem Wochenmarkt: <input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein</p> <p>Im Supermarkt <input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht  falls ja, welcher Supermarkt: _____</p> <p>Andere Verkaufsstellen: <input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein  falls ja, welche: _____</p>															
14.	<p>In welcher Form wurden diese Geflügel Produkte gekauft?</p> <p><input type="checkbox"/> (3) Lose, vor Ort abgepackt <input type="checkbox"/> (4) Fertig abgepackt</p> <p><input type="checkbox"/> (5) tiefgefroren <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht</p>															
15.	<p>Haben Sie diese Geflügel-Produkte nach dem Kauf (weiter) tief gefroren?</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht</p> <p>Falls Ja, wie lange? _____ Tage</p>															
16.	<p>Haben Sie beruflich oder privat mit lebenden oder geschlachteten Tieren zu tun?</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht</p> <p>Falls Ja, bitte Tätigkeit kurz beschreiben: _____</p>															
17.	<p>Haben Sie in den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn jegliche Art von gegrilltem Fleisch verzehrt?</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht</p> <p>Falls Ja, welche Art Fleisch? _____</p> <p>Wie zubereitet (z.B. selbst mariniert, schon mariniert gekauft)? _____</p> <p>Wo gekauft? _____</p>															
18.	<p>Haben Sie in den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn an einer Veranstaltung (z.B. Konzertbesuch, Familienfeier, Straßenfest) teilgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> (1) Ja <input type="checkbox"/> (2) Nein <input type="checkbox"/> (9) Weiß nicht</p> <p>Falls Ja, bitte Veranstaltung kurz beschreiben:</p>															
19.	<p>Bitte nennen Sie die Geschäfte, in denen Sie Fleisch/- Wurstwaren und Eier kaufen:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> (1) Aldi</td> <td><input type="checkbox"/> (6) Real</td> <td><input type="checkbox"/> (11) Metzger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (2) Lidl</td> <td><input type="checkbox"/> (7) Metro</td> <td><input type="checkbox"/> (12) Wochenmarkt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (3) Penny</td> <td><input type="checkbox"/> (8) Edeka</td> <td><input type="checkbox"/> (13) Sonstiges nämlich:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (4) Plus</td> <td><input type="checkbox"/> (9) Kaisers</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (5) Rewe</td> <td><input type="checkbox"/> (10) Netto</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> (1) Aldi	<input type="checkbox"/> (6) Real	<input type="checkbox"/> (11) Metzger	<input type="checkbox"/> (2) Lidl	<input type="checkbox"/> (7) Metro	<input type="checkbox"/> (12) Wochenmarkt	<input type="checkbox"/> (3) Penny	<input type="checkbox"/> (8) Edeka	<input type="checkbox"/> (13) Sonstiges nämlich:	<input type="checkbox"/> (4) Plus	<input type="checkbox"/> (9) Kaisers	_____	<input type="checkbox"/> (5) Rewe	<input type="checkbox"/> (10) Netto	
<input type="checkbox"/> (1) Aldi	<input type="checkbox"/> (6) Real	<input type="checkbox"/> (11) Metzger														
<input type="checkbox"/> (2) Lidl	<input type="checkbox"/> (7) Metro	<input type="checkbox"/> (12) Wochenmarkt														
<input type="checkbox"/> (3) Penny	<input type="checkbox"/> (8) Edeka	<input type="checkbox"/> (13) Sonstiges nämlich:														
<input type="checkbox"/> (4) Plus	<input type="checkbox"/> (9) Kaisers	_____														
<input type="checkbox"/> (5) Rewe	<input type="checkbox"/> (10) Netto															

20. Haben Sie in den 3 Tagen vor Erkrankungsbeginn nicht im eigenen Haushalt zubereitetes Essen gegessen (z. B. Restaurant, Fast-Food, Kantine)?

(1) Ja

(2) Nein

(9) Weiß nicht

Falls ja, bitte geben Sie an, wo und wann Sie was gegessen haben:

<b>Datum:</b>	<b>Restaurant-Name:</b>	<b>Ort:</b>	<b>Verzehrte Gerichte:</b>