



## Meldung klinischer Folgen eines Kontaktes mit Raupenhaaren des Eichenprozessionsspinner

Angaben zum Patienten:

Alter \_\_\_\_\_ Jahre

weiblich

männlich

---

**Arztkonsultation:**

Ja  nein

**Kontaktdatum**

\_\_\_\_\_

**Ort des Raupenkontaktes**

(so konkret wie möglich)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Klinische Erscheinungen seit**

\_\_\_\_\_

**1. Raupenhaar – Dermatitis**

\_\_\_\_\_

**2. Augenbindehaut/Augen**

\_\_\_\_\_

**3. Entzündung Nasen-Rachenbereich**

\_\_\_\_\_

**4. Bronchitis**

\_\_\_\_\_

**5. Asthmaartige Symptomatik**

\_\_\_\_\_

**6. Allergische Schocksymptomatik**

\_\_\_\_\_

**7. Allgemeinerscheinungen (welche)**

\_\_\_\_\_

**Erfolgte eine Klinikeinweisung**

Ja  nein

**Bestand Arbeitsunfähigkeit**

Ja  nein

**Symptome schon im Vorjahr? Welche?**  
(siehe oben)

1  2  3  4  5  6  7

**Intensität hat zugenommen**

Ja  nein

**Anmerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum**

**Anschrift/Stempel der meldenden Stelle**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_