

Klin. Inst. f. Hygiene u. Medizinische Mikrobiologie d. Med. Univ. Wien Abtlg. f. Medizinische Parasitologie Kinderspitalgasse 15, A-1095 Wien	Naturhistorisches Museum Wien 3. Zoologische Abteilung Burgring 7, A-1010 Wien	Naturhistorisches Museum Wien 3. Zoologische Abteilung Burgring 7, A-1010 Wien
Univ. Prof. Dr. Herbert AUER	Dr. Helmut SATTMANN	Mag. Christoph HÖRWEG
Tel.: +43 1 40490 79443	Tel.: +43 1 52177 329	Mobil: +43 699 19209941
Fax: +43 1 40490 79435	Fax: +43 1 52177 327	Fax: +43 1 52177 327
herbert.auer@meduniwien.ac.at	helmut.sattmann@nhm-wien.ac.at	christoph.hoerweg@helminths.at

ERHEBUNGSBOGEN ZERKARIENDERMATITIS

Persönliche Daten (des Betroffenen)
Alter / Geburtsdatum: _____ Geschlecht: M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
Name: _____
Kontaktmöglichkeit
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Angaben zum/zu den Gewässer(n)
Genau Bezeichnung (Name, Ort, Lage): _____
Wo genau sind Sie ins Wasser gegangen (Beschreibung des Uferbereiches, etc.)? _____
Sind Wasserpflanzen vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls bekannt, welche: _____
Sind Schnecken vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt Falls bekannt, welche: _____
Gibt es an diesem Gewässer Wasservögel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt Falls bekannt, welche: _____
Angaben zum Aufenthalt im Gewässer (Baden, Schwimmen, Planschen, etc.)
Datum und Uhrzeit: _____
Luft- und/oder Wassertemperatur (falls bekannt): _____
Dauer des Aufenthaltes im Wasser: _____
Aktivität im Wasser: _____
Haben Sie vor dem Aufenthalt im Gewässer Sonnencreme aufgetragen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich nach dem Aufenthalt im Gewässer abfrottiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zum Auftreten von Hauterscheinungen/-veränderungen (Dermatitis)
An welchen Körperpartien traten Pusteln auf? _____
Trat Juckreiz auf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schweregrad des Juckreizes: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
Traten andere Symptome auf (z.B. Fieber)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: _____
Dauer (des Ausschlags) bzw. zeitlicher Verlauf (vom 1. Auftreten der Symptome bis zum Abklingen): _____
Haben Sie eine Apotheke/einen Arzt konsultiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Apotheke <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Hautarzt <input type="checkbox"/> Kinderarzt <input type="checkbox"/> Andere

Ich bin mit der wissenschaftlichen Auswertung der persönlichen Daten einverstanden.
 Unterschrift: _____

Bitte ausgefülltes Formular an Christoph HÖRWEG senden (per E-Mail, Fax oder Post).