



## Abschlussbericht zur Pilzvergiftung vom:

Ergebnis der Pilzbestimmung: \_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial      Frischpilze          Putzreste        
    Speisereste          Erbrochenes   

### Ursache der Erkrankung

- Echte Pilzvergiftung durch in jeder Form giftige Pilze, roh giftige Speisepilze, mit Alkohol giftige Pilze
- Allergische Reaktion auf Inhaltsstoffe von Speisepilzen
- Unechte Pilzvergiftung durch verdorbene Frischpilze, eine verdorbene oder zu reichliche Pilzmahlzeit
- andere Ursachen als Pilze
- ungeklärt

**Angaben zu den Betroffenen** (bei mehreren Personen, bitte die Tabellen auf der Rückseite verwenden)

Anzahl: \_\_\_\_\_

	Geschl. m/w	Alter	Wohnort	erkrankt	hospitalisiert	verstorben
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Angaben zu Erkrankung/ Diagnostik und Verlauf

	Datum/ Zeit der Mahlzeit	Datum/Zeit Symptom- beginn	Symptome in der Reihenfolge des Auftretens	Maßnahmen vor Ort	Maßnahmen beim Arzt oder im Krankenhaus
1					

Kontaktaufnahme Giftinformationszentrum :       wo: \_\_\_\_\_

Toxikologische Untersuchungen:       Ergebnis: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner im Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Verlegung des Patienten:  nach: \_\_\_\_\_      Kontakt: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Pilzmahlzeit (soweit bekannt)**

Herkunft (z.B. selbst gesammelt, gekauft, Gaststätte): \_\_\_\_\_

Zubereitung (z.B. Kochen, Braten, Grillen): \_\_\_\_\_

Dauer des Erhitzens (z.B. 10 min, Rohverzehr): \_\_\_\_\_

Menge (g): \_\_\_\_\_

Weitere Zutaten (z.B. Speck, Kräuter): \_\_\_\_\_

Andere verzehrte Speisen u. Getränke (Alkohol, Drogen, Medikamente): \_\_\_\_\_

Ergänzungen

**Angaben zu weiteren Betroffenen**

	Geschl. m/w	Alter	Wohnort	erkrankt	hospitalisiert	verstorben
<u>2</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>3</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>4</u>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Angaben zur Erkrankung**

	Datum/ Zeit der Mahlzeit	Datum/Zeit Symptom- beginn	Symptome in der Reihenfolge des Auftretens	Maßnahmen vor Ort	Maßnahmen beim Arzt oder im Krankenhaus
<u>2</u>					
<u>3</u>					
<u>4</u>					

Datum :

Unterschrift: