

Fragebogen Masernausbruch Gesamtschule Duisburg Süd

Seit Januar 2006 sind in Duisburg mehr als 100 Personen an Masern erkrankt. Das Gesundheitsamt führt aus diesem Grunde in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Robert Koch-Institut eine Untersuchung des aktuellen Ausbruchs durch, die zum Ziel hat, das genaue Ausmaß des Ausbruchs zu beurteilen und geeignete Maßnahmen zur Unterbrechung des Infektionsgeschehens zu ergreifen. Ihre Mitarbeit ist dabei von großer Bedeutung. Füllen Sie bitte den Fragebogen auch aus, wenn Sie bisher nicht von einer Masernerkrankung betroffen waren oder bereits einmal wegen der Erkrankung durch das Gesundheitsamt befragt worden sind.

Der Fragebogen richtet sich an alle Schüler und Mitarbeiter der Schule. Er soll von jedem Erwachsenen selbst und bei Kindern und Jugendlichen mit Hilfe der Erziehungsberechtigten ausgefüllt werden. Die persönlichen Angaben auf der ersten Seite werden zum Zwecke eventueller Rückfragen erhoben, vom Gesundheitsamt treuhänderisch verwaltet und nach Abschluss der Untersuchung vernichtet. Die Belange des Datenschutzes werden somit in vollem Umfang berücksichtigt.

Datum: ____ . ____ . ____

Wer füllt den Fragebogen aus?

- Erziehungsberechtigter des zu befragenden Kindes
- Schüler selbst
- Lehrer/in oder Angestellte/r an der Schule
- andere Person, wer _____

Vorname und Nachname (ggf. Ihres Kindes): _____

Geschlecht (ggf. Ihres Kindes): Weiblich Männlich

Geburtsdatum (ggf. Ihres Kindes) (Tag/Monat/Jahr): ____ . ____ . ____

Wohnort (ggf. des Kindes): Straße/Hausnr. : _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen): _____

Klasse (des Schülers/der Schülerin): _____

Falls Lehrer: Welche Klassen unterrichten Sie? _____

1. Traten bei Ihnen / Ihrem Kind nach dem 01.12.2005 eine oder mehrere der folgenden Beschwerden auf?

1.1 Hautausschlag am ganzen Körper für mehr als 3 Tage: ja nein weiß nicht

Wenn Beginn des Hautausschlags exakt bekannt ist, Datum genau angeben: ____/____/____

Wenn Beginn des Ausschlages NICHT exakt bekannt ist, dann Zeitpunkt eingrenzen, nämlich:
Beginn Ausschlag irgendwann zwischen dem ____/____/____ und dem ____/____/____

1.2 Traten folgende weitere Beschwerden auf?

	JA	NEIN	WEIß NICHT
1.2.1 Husten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.2 Wässriger Schnupfen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.3 Kopfschmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.4 Bewusstseins- oder Orientierungsstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.5 Lähmungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.6 Krampfanfälle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.7 Fieber $\geq 38,5$ °C:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.8 Bindehautentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.9 Mittelohrentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.10 Lungenentzündung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.11 Andere Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche? _____

2. Haben Sie/hat Ihr Kind in dem Zeitraum vom 01.12.2005 bis heute einen Arzt wegen der in Frage 1 genannten Beschwerden aufgesucht? ja nein weiß nicht

2.1 Falls ein Arzt aufgesucht wurde, dürfen wir diesen ansprechen, um Einzelheiten über die Diagnostik zu erfahren, z.B. Laborergebnisse?

ja nein

Falls ja, bitten wir Sie, Namen und Telefonnummer des Arztes anzugeben:

Name: _____

Telefonnummer: _____

2.2 Wurden bei Ihnen / Ihrem Kind die Diagnose Masern gestellt?

ja nein weiß nicht

Falls diese Frage mit „nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet wurde, weiter mit Frage 6.

Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 3.

3. Durch wen wurde die Diagnose „Masern“ gestellt?

- Kinderarzt
- anderer Arzt, und zwar (Fachgebiet): _____
- andere Person. Falls ja, welche Person? _____
- Eigendiagnose
- weiß nicht

4. Wurden Sie / Wurde Ihr Kind seit dem 01.12.2005 wegen der Masernerkrankung im Krankenhaus behandelt?

- ja nein weiß nicht

Falls ja: Name Krankenhaus: _____

4.1 Falls ja, wie lange dauerte der Aufenthalt? vom ____/____/____ bis ____/____/____ (Anzahl Tage: __)

5. Hat sich eine andere Person / Haben sich andere Personen Ihrer Meinung nach bei Ihnen / Ihrem Kind während der Masernerkrankung angesteckt?

- ja nein weiß nicht

6. Hatten Sie / Hatte Ihr Kind in dem Zeitraum vom 01. 12.2005 bis heute **Kontakt** mit einer oder mehreren Personen, die wahrscheinlich an Masern erkrankt war / waren? (Als Kontakt gilt gleichzeitiger Aufenthalt im selben Raum.)

- ja nein weiß nicht

6.1 Falls ja, wer war/en diese an Masern erkrankte/n Kontaktperson/en bzw. in welchem Verhältnis steht / stehen diese zu Ihnen / Ihrem Kind?

Nr	Kontaktperson (z.B. Geschwisterkind, Elternteil, andere Verwandte, Mitschüler, befreundete Person)	Ort des Kontaktes (z.B. im Haushalt, in der Schule, im Hallenbad, im Sportverein, in der Disco, in einer Arztpraxis)	Alter der Kontaktperson	Zeitpunkt des Kontaktes (Datum, wann ungefähr Kontakt stattgefunden hat)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

6.2 Falls ja, war(en) diese Kontaktperson(en) in den vier Wochen vor ihrer Masernerkrankung im Ausland?

- ja nein weiß nicht

Falls ja, welche der o.g. Personen (Nummer 1 bis 6)? _____

Wo im Ausland? _____

Wann? Von ____/____/____ bis ____/____/____

7. Haben Sie / Hat Ihr Kind seit dem 01.12.2005 an Schultagen gefehlt?

- ja nein weiß nicht

Falls ja, a) vom ____/____/____ bis ____/____/____ (Anzahl Tage: __)

b) vom ____/____/____ bis ____/____/____ (Anzahl Tage: __)

Grund des Fehlens? wegen einer Masernerkrankung im Zeitraum (a oder b?): _____

aus anderen Gründen - welche: _____

8. Waren Sie / War Ihr Kind in dem Zeitraum vom 01.12.2005 bis heute im Ausland?

ja nein weiß nicht

Falls ja, wo? _____

Falls ja, wann (Datum)? Vom _____._____._____ bis _____._____._____

9. Hatten Sie / Hatte Ihr Kind jemals VOR dem 01.12.2005 Masern?

ja nein weiß nicht

Falls ja, wann war das? (Bitte Monat und Jahr angeben) _____._____

Falls ja, wurde die Diagnose vom Arzt bestätigt? ja nein weiß nicht

10. Wurden Sie / Wurde Ihr Kind jemals gegen Masern geimpft?

ja nein weiß nicht

Falls ja, wie häufig? einmal zweimal mehr als zweimal weiß nicht

Falls ja, wann zuletzt? vor 01.12.2005 nach 01.12.2005 weiß nicht

11. Wenn Sie / Wenn Ihr Kind NICHT geimpft wurde(n), warum nicht?

11.1 Impfzeitpunkt verpasst: ja nein weiß nicht

11.2 Impfung vergessen: ja nein weiß nicht

11.3 Impfung vom Arzt nicht angeboten: ja nein weiß nicht

11.4 Impfung vom Arzt abgeraten: ja nein weiß nicht

Falls ja: Warum? _____ weiß nicht

11.5 Impfung vom Arzt angeboten aber (von Eltern) abgelehnt: ja nein weiß nicht

Falls ja:

11.5.1 Aus Angst vor Nebenwirkungen: ja nein weiß nicht

11.5.2 Weil Masern nicht so schlimm sind: ja nein weiß nicht

11.5.3 Weil grundsätzlich gegen Impfungen: ja nein weiß nicht

11.5.4 Andere Gründe? ja nein weiß nicht

Falls ja, welche? _____ weiß nicht

12. Haben Sie / Hat Ihr Kind seit dem 01.12.2005 an Gruppenveranstaltungen außerhalb der Schule teilgenommen, z.B. Sportverein, Disco, Chor, Kirche, Jugendgruppe?

ja nein weiß nicht

Falls ja, bitte erläutern Sie (auch wann bzw. -bei regelmäßigen Veranstaltungen- wie oft):

Veranstaltungsart: _____ Ort: _____ Wann / Wie oft? _____

Veranstaltungsart: _____ Ort: _____ Wann / Wie oft? _____

Veranstaltungsart: _____ Ort: _____ Wann / Wie oft? _____

Veranstaltungsart: _____ Ort: _____ Wann / Wie oft? _____

13. Wird Ihr Kind nach der Schule im Hort oder einer anderen Gemeinschaftseinrichtung betreut?

ja nein

Falls ja, Name und Adresse der Einrichtung: _____

14. Wie sind Sie / Wie ist Ihr Kind seit dem 01.12.2005 in der Regel zur Schule bzw. nach Hause gekommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Linienbus Schulbus S-Bahn U-Bahn Zug
 Fahrrad/Moped/Motorrad zu Fuß PKW anderes

14.1 Falls Öffentliche Verkehrsmittel (Bus oder Bahn), wo (Haltestelle) und in welche Bus- oder Bahnlinie erfolgt morgens der erste Einstieg? _____

14.2 Falls Öffentliche Verkehrsmittel, benutzen Sie eine der folgenden Buslinien?

934 (Bus) 940 (Bus) andere, und zwar: _____

14.3 Falls Buslinie 934 oder 940, wo steigen Sie / Ihr Kind ein?

Umstieg aus S-Bahn (DU-Buchholz oder DU-Großenbaum)
 Umstieg aus U-Bahn (Sittardsberg oder Münchener Straße)
 Umstieg aus anderer Buslinie
 Einstieg direkt Bus 934 oder 940

14.4 Falls Buslinie 934 oder 940, wie viele Busstationen sind es von der Einsteigehaltestelle bis zur Schule (Einsteigehaltestelle nicht mitgezählt)? Linie 934: _____ Linie 940: _____

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie telefonisch einen Mitarbeiter unseres Gesundheitsamtes erreichen unter 0203-283-2711 zwischen 8-13 Uhr.

Der ausgefüllte Fragebogen soll am Montag, 03.04.2006, spätestens jedoch am Dienstag, 04.04.06, zusammen mit dem Impfausweis (im Original oder als Kopie) zur Schule mitgebracht werden. Die Dokumente werden über die Schule eingesammelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!