



## Beschwerde über ein Produkt

Bezeichnung des Produktes:

MHD/Verbrauchsdatum:

Los-Nr./Chargen-Nr.:

Kauf des Produktes:

- Durch wen?
- Wann?
- Kaufbeleg/Quittung vorhanden?  Ja  Nein
- Menge/Anzahl:

Aufbewahrung in der Betriebsstätte:

- |  |                                    |                                      |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selbstbedienung | <input type="checkbox"/> Bedienung | <input type="checkbox"/> umgefüllt   |
| <input type="checkbox"/> ungekühlt       | <input type="checkbox"/> gekühlt   | <input type="checkbox"/> tiefgekühlt |

Behandlung/Verbleib des Produktes nach dem Kauf:

**Auftreten gesundheitlicher Beschwerden:**  Ja  Nein

Art der Symptome:

Verzehr des Produktes (Datum und Uhrzeit):

Auftreten der Beschwerden (Datum und Uhrzeit):

Weitere betroffene Personen (Anzahl):

Welcher Arzt wurde aufgesucht?

Liegen medizinische Befunde vor (Stuhluntersuchung o. ä.)?

Andere verzehrte Lebensmittel im fraglichen Zeitraum:

**Hinweis: Es ist zu prüfen, ob Sofortmeldung an Gesundheitsamt und Landesamt gemäß Erlass „Zusammenarbeit der Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsbehörden und der Gesundheitsbehörden im Land Brandenburg bei der Aufklärung lebensmittelbedingter Krankheitsausbrüche“ (Amtsblatt für Brandenburg 2024 Nr. 42 vom 23. Oktober 2024, Seite 1006-1009) erforderlich ist (ab 2 betroffene Personen, wenn epidemiologischer Zusammenhang gegeben ist)**