

Verbraucherbeschwerde über einen Lebensmittelbetrieb



Nur von der Behörde auszufüllen <input type="checkbox"/> sprach vor <input type="checkbox"/> rief an <input type="checkbox"/> s. E-Mail <input type="checkbox"/> s. Fax <input type="checkbox"/> s. Schreiben

1. Angaben Beschwerdeführer/-in

Ihre persönlichen Daten werden ausschließlich für eventuelle Rückfragen durch die Behörde benötigt und gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt.

Merkblatt zur DSGVO: Bitte um Zusendung auf Zusendung wird verzichtet

Ehe-/Nach-/Name,
Vornamen

Geburtsdatum

Anschrift
(Straße, Hausnummer,
PLZ, Ort)

Telefonnummer

E-Mail

2. Angaben zur Beschwerde

Name und Anschrift
Betrieb

Kaufdatum

Kaufbeleg vorhanden?

 nein ja

Beschreibung der
Beobachtung/Feststellung
(bitte genaue
Beschreibung, bei
Platzmangel Rückseite
verwenden)

Beschw
erde
bereits
vor Ort
erfolgt?

nein ja
Wenn ja, bei wem und wann:

3. Angaben bei gesundheitlichen Beschwerden

1. Wie viele Personen haben gemeinsam in dem Betrieb gegessen und getrunken? _____
Wie viele sind davon erkrankt? _____

Nur von der Behörde auszufüllen:

Bei Erkrankung ab 2 Personen BELA beachten Ersatzkennung: B - - - -

2. Was haben die Personen im Einzelnen gegessen und/oder getrunken (bitte genaue Beschreibung)

3. Sofern Lebensmittelreste vorhanden sind, wo sind diese gelagert? nein ja

Nur von der Behörde auszufüllen:

bei JA ergänzende Angaben siehe FB-05-10-01 Verbraucherbeschwerdeprobe,
Probe-Nr.:

4. Wann wurden die verdächtigen Lebensmittel gegessen (Datum/Uhrzeit)? _____

5. Wann wurden die ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt (Datum/Uhrzeit)?

6. Welche Krankheitsanzeichen sind aufgetreten?

- 7a. Wurde ein Arzt/ eine Ärztin aufgesucht? nein ja, Name und Anschrift

Wenn vorhanden, bitte Befund übermitteln.

- 7b. Wurde eine Stuhluntersuchung durchgeführt? nein ja

Wenn vorhanden, bitte Befund übermitteln.

8. Welche anderen Speisen und Getränke wurden am gleichen Tag bzw. an den beiden vorherigen Tagen verzehrt und wo?

Ort, Datum

Unterschrift*

***Mit Unterschrift bestätigt der/die Beschwerdeführer/-in die Richtigkeit der Angaben. Bei der Rücksendung dieses Dokumentes per Mail an die Behörde kann die Unterschrift entfallen. In beiden Fällen erklärt er/sie auf § 164 StGB (siehe Seite 2) - falsche Anschuldigung - hingewiesen worden zu sein.**

**Strafgesetzbuch (StGB)
§ 164 Falsche Verdächtigung**

(1) Wer einen anderen bei einer Behörde oder einem zur Entgegennahme von Anzeigen zuständigen Amtsträger oder militärischen Vorgesetzten oder öffentlich wider besseres Wissen einer rechtswidrigen Tat oder der Verletzung einer Dienstpflicht in der Absicht verdächtigt, ein behördliches Verfahren oder andere behördliche Maßnahmen gegen ihn herbeizuführen oder fort dauern zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer in gleicher Absicht bei einer der in Absatz 1 bezeichneten Stellen oder öffentlich über einen anderen wider besseres Wissen eine sonstige Behauptung tatsächlicher Art aufstellt, die geeignet ist, ein behördliches Verfahren oder andere behördliche Maßnahmen gegen ihn herbeizuführen oder fort dauern zu lassen.

(3) Mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer die falsche Verdächtigung begeht, um eine Strafmilderung oder ein Absehen von Strafe nach § 46b dieses Gesetzes oder § 31 des Betäubungsmittelgesetzes zu erlangen. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren.

Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Juli 2020 (BGBl. I S. 1648) geändert worden ist" Stand: Neugefasst durch Bek. v. 13.11.1998 I 3322; zuletzt geändert durch Art. 5 G v. 10.7.2020 I 1648

Nur von der Behörde auszufüllen:			
zwV:	Der vorstehende Text wurde <input type="checkbox"/> mir vorgelesen, genehmigt und unterschrieben <input type="checkbox"/> von mir gelesen, genehmigt und unterschrieben		
Berlin, den	Unterschrift Bearbeiter/in		Unterschrift Beschwerdeführer/in
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> VetLeb <input type="checkbox"/> in Berlin; <input type="checkbox"/> in _____ ist zu informieren		
bereits veranlasste Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	Stellenzeichen	Tel.:
<input type="checkbox"/> Betriebsüberprüfung			
<input type="checkbox"/> Probenahme			
<input type="checkbox"/> Mikrobiol.			
Abklatschproben			
<input type="checkbox"/> Personaluntersuchung			
		Datum/Unterschrift	