

Erfassung der von Imkern genutzten Möglichkeiten zur Vorbeugung und Therapie einer Coronavirusinfektion

Der Erhebungsbogen wendet sich an Imker /-innen, die während der Corona-Pandemie an Corona erkrankt sind oder waren oder Kontakt zu Personen hatten, die sicher Corona erkrankt waren.

Auch wenn Sie bei der ersten Studie mitgemacht haben, füllen Sie bitte alle Felder aus, denn Ihr Bogen wurde anonymisiert abgespeichert und kann nicht zugeordnet werden.

1. **Alter:** _____ Jahre
2. **Geschlecht:** weiblich männlich divers
3. **Erkrankungen:** Leiden Sie unter chronischen Krankheiten ja nein
falls ja, nennen Sie bitte Ihre chronischen Krankheiten: _____
4. **Imker/-in seit** _____ Jahren
5. **Geschätzte Anzahl der Bienenstiche in diesem Jahr (2020):** _____
6. **Reaktion auf einen Bienenstich (mehrere Antworten möglich)**
 - Keine Schwellung an der Einstichstelle
 - Leichte Schwellung an der Einstichstelle
 - Starke Schwellung an der Einstichstelle (oft über 10 cm Durchmesser) für über 24 Stunden
 - Schmerzen, Brennen oder heftiger Juckreiz
 - Quaddelbildung (sog. Nesselsucht), Juckreiz am ganzen Körper, Fließschnupfen, Schwindel, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Schluckbeschwerden, allgemeine Schwäche, Schwellungen im Gesicht oder an den Händen
 - Atemnot, Blutdruckabfall, Bewusstlosigkeit oder sogar Herz-Kreislauf-Stillstand
7. **Vor der Coronaerkrankung, bzw. dem Kontakt mit einer corona-infizierter Person: Wie viele _____(Zahl) Bienenstiche haben Sie wie viele Tage vorher erhalten? _____Tage**
8. **Blutgruppe:** A B 0
9. **Rhesusfaktor** positiv negativ
10. **Maßnahmen:** Welche Maßnahmen haben Sie zur Vorbeugung gegen Corona getroffen? (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen)

Allgemeine Maßnahme	Apitherapie	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Abstände eingehalten	<input type="checkbox"/> Propolistinktur	<input type="checkbox"/> Homöopathie
<input type="checkbox"/> Mundschutz getragen	<input type="checkbox"/> Propolisverdampfer	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Sport/Gymnastik	<input type="checkbox"/> Bienengift	
<input type="checkbox"/> Ernährung angepasst	<input type="checkbox"/> Gelée royale	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Vitamin C	<input type="checkbox"/> Pollen	
<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Honig, ggf. Sorte nennen	

- 11. An Corona erkrankt:** nein - bitte weiter mit 15.
 ja - bitte beschreiben Sie Ihr Beschwerdebild

Symptom	Nein	Ja	Schweregrad		
			leicht	mittel	schwer
Plötzlicher Krankheitsbeginn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Akute Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen/-kratzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks-/Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Krankenhausaufenthalt: War bei Ihnen aufgrund der Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? ja nein

13. Beatmung: War bei Ihnen eine atemunterstützende Behandlung/Beatmung erforderlich? ja nein

14. Maßnahmen: Haben Sie nach der Diagnose der Coronaerkrankung zusätzliche Maßnahmen angewendet (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen)

Allgemeine Maßnahme	Apitherapie	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Abstände eingehalten	<input type="checkbox"/> Propolistinktur	<input type="checkbox"/> Homöopathie
<input type="checkbox"/> Mundschutz getragen	<input type="checkbox"/> Propolisverdampfer	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Sport/Gymnastik	<input type="checkbox"/> Bienengift	
<input type="checkbox"/> Ernährung angepasst	<input type="checkbox"/> Gelée royale	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Vitamin C	<input type="checkbox"/> Pollen	
<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Honig, ggf. Sorte nennen	

15. Wie wurde die Krankheit gesichert: (Methode des Tests der erkrankten Personen ankreuzen, bzw. die bei der infizierten Kontaktperson)

<input type="checkbox"/> Coronatest (Nasenabstrich)	<input type="checkbox"/> Coronaschnelltest (Nasenabstrich)
<input type="checkbox"/> Coronaantikörpertest (Bluttest)	<input type="checkbox"/> Coronaantigentest
<input type="checkbox"/> Anhand der Beschwerden	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Nur so ist eine Auswertung auch gut möglich. Senden Sie dann Ihre Antworten anonym an:

Post: Prof. Dr. Karsten Münstedt, Ebertplatz 12, 77654 Offenburg

E-Mail: karsten.muenstedt@web.de

FAX: 0781 472 – 3502