



Bitte ausfüllen und an den Kantonsarzt senden. Besten Dank! **

Initialien

In 1 Tag melden

Häufung

Meldekriterien und benötigte weitere Angaben

≥ 2 unerwartete oder bedrohliche Fälle vom gleichen Ort, auch wenn der Erreger nicht meldepflichtig ist. Einzelheiten unten angeben: was, wer, seit wann, wieviele Patienten.

voller Name

Anthrax

Klinischer Verdacht: Symptome (Haut, respiratorisch, gastrointestinal), evtl. Hinweis auf Exposition.

Botulismus

Klinischer Verdacht.

Diphtherie

Antitoxingabe.

Epiglottitis

Trias: 1. Fieber, 2. Halsweh, 3. inspiratorischer Stridor (Pseudokrapp nicht melden).

Gelbfieber/virale hämorrhagische Fieber/Pocken

Trias: 1. Aufenthalt in Endemiegebiet vor ≤ 3 Wochen, 2. Fieber ohne Malaria, 3. Petechien oder Zeichen eines schweren Verlaufs. Unten Diagnose und besuchte Länder angeben.

Poliomyelitis

Klinischer Verdacht.

Rabies

Klinischer Verdacht.

Verdacht auf invasive Meningokokkenerkrankung

Meningismus und/oder Störung der Gerinnung (insbesondere Hautblutungen) und/oder anderer Organsysteme (z.B. Bewusstseinstörung, Blutdruckabfall).

Initialien

In 1 Woche melden

AIDS

Meldekriterien und benötigte weitere Angaben

Pos. HIV-Test und erste AIDS-definierende Krankheit (nach Eurokriterien; u.a. Candidiasis, P. carinii-Pneumonie, rezidivierende bakterielle Pneumonie); sowie jeden AIDS-Todesfall.

Erythema migrans

wandert zentrifugal: mit Zecken-Anamnese ohne Zecken-Anamnese.

Malaria

Fieber und pos. Malariatest: Mikroskopie Schnelltest

Masern

Trias: 1. Fieber, 2. makulopapulöses Exanthem, 3. Husten, Rhinitis oder Konjunktivitis.

Röteln

Laborbestätigte Infektion bei: Schwangerer Frau Neugeborenem

Tetanus

klinische Diagnose.

voller Name

Tuberkulose

Beginn einer Behandlung mit ≥ 3 verschiedenen Antituberkulotika oder kultureller Nachweis von Mykobakterien des M. tuberculosis-Komplexes (präventive Chemotherapie oder pos. Tuberkulin-Reaktion nicht melden).

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

stationär neurologisch abgeklärt und Eurokriterien für sporadische CJD: 1. progressive Demenz, 2. EEG-Befund und 3. ≥ 2 von 4 Zeichen: a. Myoklonus, b. Sehstörung/Ataxie, c. pyramidale oder extrapyramidale Dysfunktion, d. akinetischer Mutismus.

Weitere Angaben:

Patient*:

Name plus Vorname _____ oder Initiale Name ____ plus Initiale Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

PLZ/Wohnort _____ Kanton _____

Arzt: Name, Adresse, Tel/Fax (oder Stempel): _____

Evtl. **nachbehandelnder Arzt:** Name, Adresse, Tel. Nr: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Name oder Initialen eintragen, ausser bei AIDS. Bei AIDS den ersten Buchstaben und die Anzahl der Buchstaben des Vornamens eintragen, zB H4 für Hans, und PLZ/Wohnort leer lassen.

** Formulare sind abrufbar unter www.admin.ch/bag/infreporting/forms/d/index.htm