



Brucellose

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation Bitte alle beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: ☐ Fieber ☐ Schweissausbrüche (vor allem nachts)

☐ Schüttelfrost ☐ Gelenkschmerzen

☐ Kopfschmerzen ☐ allgemeine Müdigkeit/Schwäche

☐ Depression ☐ Appetit- oder Gewichtsverlust

☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Zufallsbefund ☐ anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Exposition ≤ 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ca. 5 - 60 Tage)

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ oder Datum der Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Speise/Getränke (Einzelheiten): _____

☐ Kontakt mit infiziertem Tier: _____

☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____ Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>