



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Cholera

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

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

Diagnose und Manifestation

Diagnose: ☐ dehydrierende Cholera ☐ andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____

Labor: Name/Tel.: _____

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

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

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod: Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: ☐ Impfausweis/Krankengeschichte ☐ Anamnese

Geimpft gegen Cholera: ☐ ja, mit total _____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

Letzte Dosis im Jahr/Mt: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Exposition

≤7 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ½ - 5 Tage)

Wo: ☐ Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt

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

Wie: ☐ Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____ ☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wieviele: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

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>