



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

Hepatitis C

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____

Gender: ☐ w ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VGE^b

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Herkunftsland^c: ☐ CH ☐ anderes: _____

Diagnose und Manifestation

Ich habe für diese(n) Patient/in bereits eine Arztmeldung vollständig ausgefüllt und versendet ☐ ja
Falls «ja», senden Sie dieses Formular bitte direkt an den Kantonsarzt, OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Diagnose dem/r Arzt/Ärztin oder dem/r Patient/in seit mehr als 1 Jahr bekannt: ☐ ja, Jahr: _____ ☐ nein

Diagnosedatum: ____/____/____ (dokumentiert)

Gegenwärtige Manifestationen: ☐ Ikterus ☐ Transaminase $\geq 2.5 \times \uparrow$ ☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Screening^d ☐ anderer: _____ ☐ unbekannt

Dokumentierte Serokonversion^e: ☐ ja, zuletzt **negative Serologie anti-HCV** vor der Diagnose am: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt

Verlauf ☐ akut ☐ chronisch ☐ Zirrhose ☐ Hepatokarzinom ☐ geheilt

Exposition in den letzten 6 Monaten vor Manifestationsbeginn (oder zum vermuteten Ansteckungszeitpunkt)

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

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ perinatal

☐ Kontakt mit infizierter Person: ☐ in Familie ☐ am Arbeitsplatz: _____
☐ anderer: _____

☐ Sexualkontakt mit infizierter Person: ☐ Frau ☐ Mann ☐ Transgender

☐ Konsum von Drogen (injiziert oder durch die Nase)

☐ Transfusion(en), Jahr(e): _____

☐ Dialyse

☐ Gesundheitsberuf: _____

☐ andere: _____ ☐ unbekannt/Übertragungsweg nicht identifizierbar

Exponierte Personen: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Falls ja, welche: ☐ Sexualpartner/in ☐ Haushaltangehörige
☐ ungeborenes oder neugeborenes Kind ☐ andere:

Berufliche Tätigkeit: _____

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

☐ als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): _____

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

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

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

^c Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

^d Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende.

^e Bitte Kopie des negativen Befundes der früheren anti-HCV Serologie beilegen.