



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

Tularämie

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

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

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ ulzeroglandulär ☐ glandulär ☐ okuloglandulär ☐ oropharyngeal ☐ abdominal ☐ pulmonal ☐ typhoidal

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

In den letzten 14 Tagen (insbesondere 3-5 Tage) vor Erkrankung

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

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

Wie: ☐ Kontakt zu Wildtieren, insbesondere Nagern (inkl. Verzehr ihrer Produkte), welche/wo: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

☐ Einnahme von Wasser aus unkontrollierter Quelle (Brunnen, Bach), falls CH, wo: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

☐ Zeckenstich ☐ nein ☐ unbekannt

☐ Insektenstich ☐ nein ☐ unbekannt

☐ Inhalation von Staub/Aerosol (Landwirtschaft, Garten), falls CH, wo: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ keine ☐ 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>