



Anthrax / Milzbrand

Meldung zum klinischen Befund
Ergänzend zur telefonischen Meldung,
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend
an BAG und Kantonsarzt/-ärztin
senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Patient/in

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

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

Nationalität: CH andere: _____ Wohnland, falls nicht CH: _____

Berufliche Tätigkeit, Arbeitgeber (mit vollständiger Adresse): _____

Diagnose und Manifestation

Klinische Diagnose: Verdacht sicher Zufallsbefund Datum der Diagnose: __/__/____

Labordiagnose: positiv negativ

Untersuchungsmaterial: _____

Labor (Name, Ort): _____

Lokalisation:

Haut-Anthrax Symptome: _____

Inhalations-Anthrax Symptome: _____

Gastrointestinal-Anthrax Symptome: _____

Andere Symptome: _____

Verlauf

Behandlung: Beginn: __/__/____ womit: _____

Patient hospitalisiert: nein ja, Datum Eintritt: __/__/____ Todesfall, Datum: __/__/____

Exposition

Auslandaufenthalt in den letzten 8 Wochen vor der Erkrankung: ja nein unbekannt

Wo: _____ von: __/__/____ bis: __/__/____

Infektionsquelle: _____ bekannt vermutet unbekannt

(z.B. tierische Produkte (v.a. Ziegen, Schafe, Rinder, Pferde, Schweine), weitere Produkte, Importware, Staub, Werkzeuge, Maschinen, Laborinfektion, Verdacht auf kriminell kontaminiertes Material)

Welche, wo (Adresse): _____

Andere infizierte Personen oder Verdacht: ja nein unbekannt

Wer? (Adresse): _____

Getroffene Massnahmen (individuell/familiär/beruflich/veterinär/andere): _____

Arzt/Ärztin

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

Bemerkungen

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

BAG: 3+ 2+ 1+ ? Ø

Datum: __/__/____ Visum: _____

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