



# Botulismus

(Wund- und Säuglings-  
Botulismus nicht melden)

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

Bitte ausfüllen und umgehend  
an BAG und Kantonsärztin/-arzt  
senden.<sup>a</sup>  
BAGFax: +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: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  Ptosis  Sehstörungen  Schluckstörungen  Sprechstörungen  Dyspnoe  
 Periphere symmetrische Lähmung  Übelkeit und Erbrechen  Diarrhoe

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor<sup>b</sup>: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material:  Stuhl  Serum  Lebensmittel  anderes: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Hospitalisierung:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Exposition

In den letzten 8 Tagen, insbesondere 12-72 Stunden vor Manifestationsbeginn

Wo:  CH, Ort: \_\_\_\_\_  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ oder Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie: Speisen:  Selbst hergestelltes bzw. verarbeitetes Nahrungsmittel Einzelheiten: \_\_\_\_\_

Im Handel gekauftes Nahrungsmittel Einzelheiten/ Adresse: \_\_\_\_\_

Auswärtige Verpflegung<sup>c</sup> Einzelheiten/ Adresse: \_\_\_\_\_

Andere Exposition:  ja Einzelheiten: \_\_\_\_\_

Weitere exponierte Personen:  ja wieviele: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt Sind die Personen informiert?  ja  nein  unbekannt

Wer, Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungsfälle im Umfeld der erkrankten Person:  ja wieviele: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

Wer, Name und Adresse: \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

## Arzt/Ärztin

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

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> Toxinnachweis durch ein vom BAG empfohlenes Labor im Ausland (siehe Leitfaden zur Meldepflicht)

<sup>c</sup> z.B. Restaurant, Kantine, Stand, etc.