



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): _____ unbekannt
 andere: _____

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: _____