



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

Masern

Ergänzungsmeldung

Patient/in

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

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ Austrittsdatum: __/__/____ nein

Grund: _____ Aufenthalt auf der Intensivstation: ja, Anzahl Tage: _____

Komplikationen: Pneumonie Enzephalitis Otitis media andere: _____ keine

Zustand: geheilt / rekonvaleszent Tod, Datum: __/__/____

Folgeschäden, welche: _____

Risikofaktoren

- keine bekannt
 Immunschwäche / Immundepression
 bestehende Schwangerschaft

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

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