



Röteln

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Kongenitale Röteln: diese Meldung betrifft eine schwangere Frau oder eine Frau, die kürzlich geboren hat. Falls «ja», füllen Sie bitte zusätzlich das Ergänzungsformular zum klinischen Befund Röteln **am Ende der Schwangerschaft** aus.
Voraussichtlicher Geburtstermin: __/__/____

diese Meldung betrifft die Rötelninfektion eines Neugeborenen oder eines Säuglings mit (Verdacht auf) kongenitale Röteln. Falls «ja», füllen Sie bitte zusätzlich das **Ergänzungsformular zum klinischen Befund Röteln** aus.

Manifestationen: akutes generalisiertes makulo-papulöses Exanthem; Beginn des Exanths^b: __/__/____ Beginn unbekannt
 Adenopathie (zervikal, suboccipital oder postaurikulär) Arthralgie/Arthritis
 andere: _____ keine

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Beurteilung Immunstatus

Verlauf

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

Komplikationen: ja, welche: _____ keine

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: Impfausweis/Krankengeschichte Anamnese

Geimpft gegen Röteln: ja, mit total ____ Dosen nein unbekannt

Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: __/__/____

Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: __/__/____

Exposition

in den 14 - 21 Tagen vor Beginn des Exanths

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort (CH & Ausland): _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ unbekannt

Aufenthalt im Ausland (oder in der Schweiz für Ausländer), Beginn: __/__/____ Ende: __/__/____

Wie: Krippe Schule Familie andere: _____ unbekannt

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ja nein unbekannt

Weitere Fälle im Umfeld: ja, welche: _____ wie viele: _____ nein unbekannt

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>

^b Oder Symptome falls kein Exanthem