



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

Syphilis

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: ___/___/____ Gender: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

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

Diagnose und Manifestation

Fallbeurteilung:
Bitte nur 1 Variante ankreuzen

- Beginn einer Syphilis-Behandlung** (neue Krankheitsepisode, die noch nicht gemeldet wurde, prophylaktische Partnerbehandlungen sind nicht zu melden)^c
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen
- Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten
- Seronarbe** (frühere Infektion, keine aktive Syphilis)
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

Stadium: Primäre Syphilis Ort der Primärläsion: Genitalbereich Analbereich Mundhöhlenbereich
 Sekundäre Syphilis anderer: _____ unbekannt

Frühe Latenzphase (≤ 1 Jahr nach initialer Infektion)

Späte Latenzphase (>1 Jahr nach initialer Infektion)

Tertiäre Syphilis Leitsymptom: _____

unbekannt

Manifestationsbeginn: ___/___/____ mit neurologischen Begleitsymptomen

Anlass für Konsultation: Symptome Exposition Individueller Checkup^d Screening^e
 anderer: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein Abort auf Grund einer Syphilis-Infektion

Exposition (aus Sicht des Arztes / der Ärztin: bitte die wahrscheinlichste Möglichkeit angeben)

Wo: CH, Ort: _____ Ausland, Land: _____ unbekannt

Wie (Übertragungsweg): Sexualkontakt mit: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b
 anderer Übertragungsweg (z.B. kongenital): _____ nicht eruierbar

Bei Übertragung durch Sexualkontakt, Art der Beziehung:

anonymen Partner bekannter Partner bezahlter Sex nicht eruierbar

Frühere Syphilis Infektion: ja nein unbekannt

Massnahmen (für STI^f empfohlen)

Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?^g ja nein unbekannt

Wurden die Sexualpartner über die Syphilis Diagnose informiert? ja nein unbekannt

Wird/wurde die Behandlung der Sexualpartner gegen Syphilis veranlasst? ja nein unbekannt

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

Bemerkungen

Datum: ___/___/____ Unterschrift: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ___/___/____ Unterschrift: _____

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

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtentwicklung (intersexuell).

^c Keine Meldung von Behandlungen, die sich im Nachhinein als nicht indiziert erweisen.

^d Individuelles Testen z.B. bei MSM, bei Personen >45 Jahren im Rahmen eines Gesundheitschecks, etc.

^e Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende

^f STI = sexuell übertragbare Infektion

^g Personen mit einer sexuell übertragbaren Infektion sollten auf HIV getestet werden