



# Frühsommer-Meningo-Enzephalitis

## Meldung zum klinischen Befund

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

### Patient/in

Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Diagnose:  Meningitis  Meningoenzephalitis  Enzephalomyelitis  Radikulitis  andere: \_\_\_\_\_  
Manifestationen:  an Zeckenstich-Stelle  grippal  andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt  
Manifestationsbeginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Labor: Name/Tel: \_\_\_\_\_  
Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Frühere Dengue-Infektion/  
Hepatitis C/Gelbfieberimpfung:  ja, um Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Zustand:  geheilt  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  Residuen: \_\_\_\_\_  anderer: \_\_\_\_\_

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss:  Impfausweis/Krankengeschichte  Anamnese  
geimpft gegen FSME:  ja, mit total: \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt  
Letzte Dosis in Jahr/Monat: \_\_\_\_/\_\_\_\_ Mit Impfstoff, Markenname: \_\_\_\_\_

### Exposition

(Inkubationszeit um 2-28 Tage)

Zeckenstich während der letzten 4 Wochen vor der Erkrankung  
 CH, Ort: \_\_\_\_\_  Aufenthalt nur am Wohnort  
 Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt  
Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
 während beruflicher Tätigkeit  
 im Militärdienst  
 Bluttransfusion während der letzten 4 Wochen vor der Erkrankung, Datum der Transfusion: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Institution (Name, Adresse): \_\_\_\_\_  
 andere  
 unbekannt

### Arzt/Ärztin

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

### Bemerkungen

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

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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