



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

# Hepatitis B

## Meldung zum klinischen Befund

**Patient/in** Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Gender:  w  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VGE<sup>b</sup>

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Herkunftsland<sup>c</sup>:  CH  anderes: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

**Ich habe für diese(n) Patient/in bereits eine Arztmeldung vollständig ausgefüllt und versendet:**  ja  
**Falls «ja», senden Sie dieses Formular bitte direkt an den Kantonsarzt, OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten.**

Diagnose dem/r Arzt/Ärztin oder dem/r Patient/in seit mehr als 1 Jahr bekannt:  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein

Diagnosedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (dokumentiert)

**Gegenwärtige Manifestationen:**  Ikterus  Transaminase  $\geq 2.5x \uparrow$   andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Screening<sup>d</sup>  anderer: \_\_\_\_\_  unbekannt

Dokumentierte Serokonversion<sup>e</sup>:  ja, zuletzt **anti-HBc negativ** am: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

**Verlauf**  akut  chronisch  Zirrhose  Hepatokarzinom

### Impfstatus

Geimpft gegen Hep B:  ja, mit total \_\_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Impfstoff (Markenname), erste Dosis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Impfstoff (Markenname), letzte Dosis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

War Ihrer Meinung nach bereits vor der Impfung eine Infektion vorhanden?  ja  nein  unklar

### Exposition

in den letzten 6 Monaten vor Manifestationsbeginn (oder zum vermuteten Ansteckungszeitpunkt)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  perinatal

Kontakt mit infizierter Person:  in Familie  am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_  
 anderer: \_\_\_\_\_

Sexualkontakt mit infizierter Person:  Frau  Mann  Transgender

Konsum von Drogen (injiziert oder durch die Nase)

Transfusion(en), Jahr(e) : \_\_\_\_\_

Dialyse

Gesundheitsberuf : \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_  unbekannt/Übertragungsweg nicht identifizierbar

Exponierte Personen:  ja  nein  unbekannt Falls ja, welche:  Sexualpartner/in  Haushaltangehörige  
 ungeborenes oder neugeborenes Kind  andere: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Arzt/Ärztin

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

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

<sup>c</sup> Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

<sup>d</sup> Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende.

<sup>e</sup> Vorherige negative Serologie anti-HBc dokumentiert, bitte Kopie des Befundes beilegen.