



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h an
Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Hepatitis E

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 Bitte alle beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: Fieber Oberbauchschmerzen
 Gliederschmerzen Appetitlosigkeit
 Übelkeit Ikterus
 neurologische: _____
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Risikofaktoren: vorbestehende Lebererkrankung: _____
 Schwangerschaft
 andere (z.B. Diabetes, Krebs, Immunsuppression, Transplantation): _____
 keine unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Verlauf

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

Exposition (Inkubationszeit ca. 3 - 8 Wochen)

Kein Auslandsaufenthalt in den 60 Tagen vor Manifestationsbeginn

Auslandsaufenthalt in den 60 Tagen vor Manifestationsbeginn

Land: _____ Datum von: __/__/____ bis: __/__/____

Land: _____ Datum von: __/__/____ bis: __/__/____

Land: _____ Datum von: __/__/____ bis: __/__/____

Mögliche Exposition durch Transfusion/Blutprodukte, Jahr: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

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>