



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an BAG und Kantonsarzt/-ärztin
senden.^b
Fax BAG: 058 463 87 77

Meldung zum laboranalytischen Befund^a

HIV

Patient/in

Aus Vornamen gebildeter Code^c: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Gender: w m trans (MtF)^d trans (FtM)^d VGE^d

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggeber

Screeninglabor

Name, Adresse, Tel., Fax:

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel., Fax:

Behandelnder Arzt

(falls nicht identisch mit auftraggebendem Arzt)
Name, Adresse, Tel., Fax:

unbekannt

unbekannt

Resultate

Laborinterne ID: _____ BerDa Code: _____

Entnahmedatum der 1. Probe: __/__/____

Datum der positiven Bestätigung: __/__/____

Typ: HIV HIV-1 HIV-2

Viruslast (HIV-RNA): _____ (Kopien/ml) Entnahmedatum der Probe: __/__/____

Hinweis auf frische Infektion? ja nein unklar kein Test für Recency durchgeführt

Bemerkungen

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel., Fax:

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

^a Gemäss Testkonzept, Bull BAG 2006 47/2013 (18.11.2013): 851-853 (Kurzversion)

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

^c Erster Buchstabe und Anzahl Buchstaben; wenn mehr als 9 Buchstaben: Länge=0, bei mehrteiligen Vornamen mit Bindestrich oder in zwei Wörtern nur ersten Teil. Beispiele: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0

^d Trans (MtF) und (FtM) = Person mit Geschlechtsumwandlung Mann zu Frau resp. Frau zu Mann; VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell)