



Bitte ausfüllen und umgehend an  
BAG und Kantonsärztin/-arzt  
senden.<sup>a</sup>  
BAG Fax: +41 58 463 87 77

# Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb 2h Protokoll ergänzend zur telefonischen Meldung

## Erreger<sup>b</sup>

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagische Fiebertypen <sup>c</sup>   | <input type="checkbox"/> Coronavirus                               | <input type="checkbox"/> <i>Bacillus anthracis</i>                    |
| <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> Lassa <input type="checkbox"/> andere Arenaviren   | <input type="checkbox"/> SARS <input type="checkbox"/> MERS        |   |
| <input type="checkbox"/> Marburg <input type="checkbox"/> Krim-Kongo                                       |  | <input type="checkbox"/> <i>Clostridium botulinum</i> <sup>c, d</sup> |
| <input type="checkbox"/> Influenza-A(HxNy)-Virus <sup>c</sup><br>(neuer Subtyp mit pandemischem Potential) | <input type="checkbox"/> Pockenviren                               | <input type="checkbox"/> <i>Yersinia pestis</i>                       |
|  | <input type="checkbox"/> Variola <input type="checkbox"/> Vaccinia |   |

aussergewöhnlicher laboranalytischer Befund: \_\_\_\_\_

## Labordiagnose

Nachweisdatum: 

Tag	Monat	Jahr							

Entnahmedatum: 

Tag	Monat	Jahr							

Untersuchungsmaterial: \_\_\_\_\_

Nachweismethode:	Resultat:	
	positiv	negativ
C Kultur/Isolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Genomsequenz (DNA/RNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Antigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Mikroskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T Toxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	AK-Nachweis allg.	<input type="checkbox"/>
	Titeranstieg ≥4x	<input type="checkbox"/>
	Serokonversion	<input type="checkbox"/>
IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Nachweismethode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Spezies, Typ, Interpretation und weitere Angaben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Patient/-in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

Tag	Monat	Jahr							

 w  m  
Geschlecht

Strasse und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: 

--	--	--	--	--

 Ort: \_\_\_\_\_

Zusatzangaben: \_\_\_\_\_

## Arzt (Auftraggeber)

Name, Adresse, Tel., Fax: \_\_\_\_\_

## Meldendes Labor

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

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

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

<sup>b</sup> Proben sind an das vom BAG bezeichnete Labor zu senden

<sup>c</sup> Angabe von Erregertyp / -subtyp erforderlich

<sup>d</sup> Proben für den Toxinnachweis sind an ein vom BAG empfohlenes Labor im Ausland zu senden (siehe Leitfaden zur Meldepflicht)