# Brucellose

**Meldung zum klinischen Befund**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Patient/innen</th>
<th>Initiale Name:</th>
<th>Initiale Vorname:</th>
<th>Geburtsdatum:</th>
<th>Geschlecht:</th>
<th>w</th>
<th>m</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>PLZ/Wohnort:</th>
<th>Kanton:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nationalität:</th>
<th>CH</th>
<th>andere:</th>
<th>Wohnsitzland, falls nicht CH:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Diagnose und Manifestation**

Bitte alle beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Manifestationen:</th>
<th>Fieber</th>
<th>Schweissausbrüche (vor allem nachts)</th>
<th>Schüttelfrost</th>
<th>Gelenkschmerzen</th>
<th>Kopfschmerzen</th>
<th>allgemeine Müdigkeit/Schwäche</th>
<th>Depression</th>
<th>Appetit- oder Gewichtsverlust</th>
<th>andere:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Manifestationsbeginn:</th>
<th>Datum:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Labor:</th>
<th>Name/Tel:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anlass:</th>
<th>klinischer Verdacht</th>
<th>Exposition</th>
<th>Zufallsbefund</th>
<th>anderer:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entnahme:</th>
<th>Datum:</th>
<th>Material:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Verlauf**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hospitalisation:</th>
<th>ja, Eintrittsdatum:</th>
<th>nein</th>
<th>unbekannt</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zustand:</th>
<th>Tod, Datum:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Exposition**

≤ 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ca. 5-60 Tage)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wo:</th>
<th>CH</th>
<th>Ausland, Land:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wann:</th>
<th>Expositionsdatum:</th>
<th>oder Datum der Einreise in CH:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wie:</th>
<th>Speise/Getränke (Einzelheiten):</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontakt mit infiziertem Tier:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>andere:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Bemerkungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Speise/Getränke (Einzelheiten):</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontakt mit infiziertem Tier:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>andere:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Arzt/Ärztin**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum:</th>
<th>Unterschrift:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Kantonsarzt/-ärztin**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Massnahmen:</th>
<th>ja</th>
<th>nein</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum:</th>
<th>Unterschrift:</th>
</tr>
</thead>
</table>

---

* Aktuelle Formulare abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting