



Anthrax / Milzbrand

Meldung zum klinischen Befund
Ergänzend zur telefonischen Meldung,
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend
an BAG und Kantonsarzt/-ärztin
senden.^a

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m
 Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____
 Nationalität: CH andere: _____ Wohnland, falls nicht CH: _____
 Berufliche Tätigkeit, Arbeitgeber (mit vollständiger Adresse): _____

Diagnose und Manifestation

Klinische Diagnose: Verdacht sicher Zufallsbefund Datum der Diagnose: __/__/____
 Labordiagnose: positiv negativ

Untersuchungsmaterial: _____
 Labor (Name, Ort): _____

Lokalisation:

Haut-Anthrax Symptome: _____
 Inhalations-Anthrax Symptome: _____
 Gastrointestinal-Anthrax Symptome: _____
 Andere Symptome: _____

Verlauf

Behandlung: Beginn: __/__/____ womit: _____
 Patient hospitalisiert: nein ja, Datum Eintritt: __/__/____ Todesfall, Datum: __/__/____

Exposition

Auslandaufenthalt in den letzten 8 Wochen vor der Erkrankung: ja nein unbekannt
 Wo: _____ von: __/__/____ bis: __/__/____
 Infektionsquelle: _____ bekannt vermutet unbekannt
 (z.B. tierische Produkte (v.a. Ziegen, Schafe, Rinder, Pferde, Schweine), weitere Produkte, Importware, Staub, Werkzeuge, Maschinen, Laborinfektion, Verdacht auf kriminell kontaminiertes Material)

Welche, wo (Adresse): _____

Andere infizierte Personen oder Verdacht: ja nein unbekannt

Wer? (Adresse): _____

Getroffene Massnahmen (individuell/familiär/beruflich/veterinär/andere): _____

Arzt/Ärztin	Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):	Bemerkungen
Datum: __/__/____	Unterschrift: _____	

Kantonsarzt/-ärztin	BAG: <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Ø
Massnahmen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____	
Datum: __/__/____ Unterschrift: _____	Datum: __/__/____ Visum: _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter www.bag.admin.ch/infreporting