



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

# Diphtherie

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation (Bitte alle beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen:  Erkrankung der oberen Luftwege mit  Laryngitis  Nasopharyngitis  Tonsillitis

adhärente Membran/Pseudomembran

Hautläsion, wo? \_\_\_\_\_

Läsion Augenbindehaut oder Schleimhäute

andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material:  Rachenabstrich  Hautabstrich  anderes: \_\_\_\_\_

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Behandlung Antitoxin:  ja, Datum Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis  Anamnese

Geimpft gegen Diphtherie:  ja, mit total \_\_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

1. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_

2. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_

3. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_

Letzte Dosis im Jahr/Mt: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_

### Exposition ≤7 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-5 Tage)

Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ oder Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Patientenkontakt: Kollektiv oder Anlass: \_\_\_\_\_  unbekannt

Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wieviele: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

### Bemerkungen

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_

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

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting)