



Bitte ausfüllen und innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Häufung* von klinischen Befunden

Häufung von:

gastrointestinalen Infektionen

Verdacht auf Campylobacteriose Salmonellose Noroviren Rotaviren
 andere: _____

lebensmittelübertragenen Infektionen (hauptsächlicher Übertragungsweg)

Verdacht auf Enterohämorrhagische *E. coli* Listeriose Hepatitis A
 andere: _____

respiratorischen Infektionen

Verdacht auf Pertussis Legionellose Mumps
 andere: _____

anderen Beobachtungen _____

Symptombeginn der zuerst erkrankten Person: ___/___/___

Hauptsächliche Symptome: _____

Vermuteter Expositionsort: Veranstaltung Hotel Restaurant Spital Heim
 Transportmittel Schule Kindergarten Krippe/Hort Kaserne
 anderer: _____

Adresse: _____

Vermutete Infektionsquelle/Übertragungsweg: _____

Anzahl erkrankte Personen: _____ im Alter von _____ bis _____ Jahren

Anzahl hospitalisierte Personen: _____ Anzahl Todesfälle: _____

Labor veranlasst: nein ja (Adresse): _____
Anzahl beprobte Personen: _____
 laborbestätigt, Erreger/Typisierung: _____

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax, E-Mail (diese Angaben sind nötig, damit die Gesundheitsbehörden innert nützlicher Zeit Kontakt aufnehmen können)

Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: ___/___/___ Unterschrift: _____

* Krankheits- oder Todesfälle (gilt auch für Befunde, die im Einzelfall nicht oder nicht innert 24 Stunden meldepflichtig sind), die (1) das zu erwartende Ausmass für den betreffenden Zeitraum bzw. Ort übersteigen und (2) mutmasslich auf eine übertragbare Krankheit zurückzuführen sind und (3) Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erfordern könnten.

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