



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Legionellose

## 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

Diagnose: Legionella-Pneumonie:  ja  nein, andere: \_\_\_\_\_  
Risikofaktoren:  Tabakrauchen  Immunsuppression  Krebs/Hämopathie  Diabetes  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Schnelltest: Urinantigen:  positiv  negativ  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

Markieren Sie die Orte, an denen sich die Person während den **14 Tagen** vor Ausbruch der Krankheit aufgehalten hat, resp. die Installationen, denen Sie ausgesetzt war. Fügen Sie anschliessend die entsprechende Nummer (in Klammer) in die untere Tabelle ein und vervollständigen Sie diese.

- Arbeitsplatz (Nr. 1)  Altersheim (Nr. 6)  Kühlturm (Nr. 15)
- Hotel<sup>b</sup> (Nr. 2)  Badeanstalt (Nr. 9)  Autowaschanlage (Nr. 16)
- Zeltplatz<sup>b</sup> (Nr. 3)  Zahnarztpraxis (Nr. 10)  Sprühanlage (Nr. 17)
- Ferienhaus (Nr. 4)  Luftbefeuchter (Nr. 11)  Sanitärarbeiten (Nr. 18)
- Spital:  Inhalationsgerät (Nr. 12)  Arbeiten mit Blumenerde (Nr. 19)
- Als Patient/in (Nr. 5a)  Springbrunnen (Nr. 14)  andere (z.B. Sportverein, Schulhaus-Duschen) (Nr. 20): \_\_\_\_\_
- Als Besucher/in (Nr. 5b)
- unbekannt

Nr.	Datum	Ort/Name der Einrichtung	Genauere Adresse
	von: __/__/____		Str.: _____ Nr.: _____
	bis: __/__/____		Ort: _____ Land: _____
	von: __/__/____		Str.: _____ Nr.: _____
	bis: __/__/____		Ort: _____ Land: _____

Andere Fälle?  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt

### Arzt/Ärztin

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

### Bemerkungen

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> Bei Reisen mit mehreren Etappen teilen Sie uns bitte die Details (Ort, Hotel, Daten) mit.