



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

# Dengue-Fieber

## 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

Manifestationen:  Fieber oder Fieber gemäss Anamnese  hämorrhagische Zeichen

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

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

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

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

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Dokumentierte Serokonversion:  ja  nein

### Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?	geimpft?		
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____			
West-Nil-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____			

### Exposition Inkubationszeit: 3 bis 14 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 14 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten?  ja  nein  unbekannt

Falls **ja**, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

Falls **nein**, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert?

Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  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 <https://www.bag.admin.ch/infreporting>