



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an BAG und Kantonsarzt/-ärztin
senden.^b

Meldung zum laboranalytischen Befund^a

HIV

Patient/in

Aus Vornamen gebildeter Code^c: ____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Auftraggeber

Auftraggebender Arzt

Name, Adresse, Tel.:

Behandelnder Arzt

(falls nicht identisch mit auftraggebendem Arzt)

Name, Adresse, Tel.:

unbekannt

Resultate

Laborinterne ID: _____

Entnahmedatum: ____/____/____

Datum der positiven Bestätigung: ____/____/____

Typ: HIV HIV-1 HIV-2 HIV-1+2

Viruslast (HIV-RNA): _____ (Kopien/ml)

Bemerkungen

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel.:

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

^a Meldung gemäss HIV Testrichtlinie des BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hiv.html>

^b Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^c Erster Buchstabe und Anzahl Buchstaben; wenn mehr als 9 Buchstaben: Länge=0, bei mehrteiligen Vornamen mit Bindestrich oder in zwei Wörtern: nur ersten Teil. Beispiele: Susanne=S7, Jean-Jacques=J4, Gianpietro=G0