



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

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^b (Nr. 2) Badeanstalt (Nr. 9) Autowaschanlage (Nr. 16)
- Zeltplatz^b (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) CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) (Nr. 21)
- unbekannt

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

Andere Fälle? ja, welche: _____ wie viele: _____ nein unbekannt

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. oder Stempel: _____

Bemerkungen

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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

^b Bei Reisen mit mehreren Etappen teilen Sie uns bitte die Details (Ort, Hotel, Daten) mit.