



Bitte ausfüllen und umgehend an
BAG und Kantonsärztin/-arzt
senden.^aBAG (7x24): +41 58 463 87 37
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb 2h Protokoll ergänzend zur telefonischen Meldung

Erreger^b

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagische Fiebertypen^c | <input type="checkbox"/> Coronavirus | <input type="checkbox"/> <i>Bacillus anthracis</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ebola</i> <input type="checkbox"/> <i>Lassa</i> <input type="checkbox"/> andere Arenaviren | <input type="checkbox"/> SARS <input type="checkbox"/> MERS <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (2019-nCoV) | <input type="checkbox"/> <i>Clostridium botulinum</i>^{c, d} |
| <input type="checkbox"/> <i>Marburg</i> <input type="checkbox"/> <i>Krim-Kongo</i> | <input type="checkbox"/> Pockenviren | <input type="checkbox"/> <i>Yersinia pestis</i> |
| <input type="checkbox"/> Influenza-A(HxNy)-Virus^c
(neuer Subtyp mit pandemischem Potential) | <input type="checkbox"/> <i>Variola</i> <input type="checkbox"/> <i>Vaccinia</i> | |

aussergewöhnlicher laboranalytischer Befund: _____

Labordiagnose

Nachweisdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Entnahmedatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Untersuchungsmaterial: _____

Nachweismethode:	Resultat:	
	positiv	negativ
C Kultur/Isolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Genomsequenz (DNA/RNA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Antigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M Mikroskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T Toxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	AK-Nachweis allg.	<input type="checkbox"/>
	Titeranstieg $\geq 4x$	<input type="checkbox"/>
	Serokonversion	<input type="checkbox"/>
IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Nachweismethode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezies, Typ, Interpretation und weitere Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patient/-in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 w m
Tag Monat Jahr Geschlecht

Strasse und Hausnummer: _____

Telefonnummer: _____

PLZ:

--	--	--	--	--

 Ort: _____

Zusatzangaben: _____

Arzt (Auftraggeber)

Name, Adresse, Tel., Fax: _____

Meldendes Labor

Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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

^b Proben sind an das vom BAG bezeichnete Labor zu senden

^c Angabe von Erregertyp / -subtyp erforderlich

^d Proben für den Toxinnachweis sind ein vom BAG empfohlenes Labor im Ausland zu senden (siehe Leitfaden zur Meldepflicht)