



Tetanus

Meldung zum klinischen Befund

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

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (Wenn Tetanus inzwischen ausgeschlossen: Fragebogen nicht weiter ausfüllen und zurücksenden)

Diagnose: Wund-Tetanus neonataler Tetanus andere: _____

Manifestation: unbekannt Opisthotonus Trismus andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ Austrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Antitoxin: ja, Datum Beginn: __/__/____ Dosis: _____ nein unbekannt

Antibiotica: ja, Datum Beginn: __/__/____ Markenname: _____ nein unbekannt

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: Impfausweis Anamnese

geimpft gegen Tetanus: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

1. Dosis, Datum: __/__/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

2. Dosis, Datum: __/__/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

3. Dosis, Datum: __/__/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Letzte Dosis, Datum: __/__/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Exposition ≤ 4 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 3-21 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: __/__/____ oder Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt

Wie: Verletzung: Art, Lokalisation: _____ unbekannt

Neugeborenes: Impfstatus und Parität der Mutter, Ort der Geburt: _____

anders: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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