



# Kongenitale Röteln

Ergänzungsmeldung

Blatt1: SCHWANGERE FRAU / MUTTER

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsarzt/-ärztin senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

Patientin: SCHWANGERE / MUTTER (siehe Rückseite für das Kind)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Auftreten der Röteln (Ausbruch oder laboranalytischer Befund) während der \_\_\_\_ Woche der Schwangerschaft.

Vor der Schwangerschaft: Röteln-Serologie (IgG):

☐ ja, Resultat: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ nein ☐ unbekannt

Während der Schwangerschaft und Geburt:

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Konsequenz: ☐ Fehlgeburt ☐ Schwangerschaftsabbruch ☐ Embryopathie ☐ keine ☐ noch ungewiss

## Bemerkungen

Bitte füllen Sie für das Kind in jedem Fall Blatt 2 aus, auch wenn die Röteln bei ihm noch nicht durch einen laboranalytischen Befund bestätigt sind. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Pädiater aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): \_\_\_\_\_

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

Kantonsarzt/-ärztin

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

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



# Kongenitale Röteln

## Ergänzungsmeldung

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsarzt/-ärztin senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

### Blatt 2: KIND

#### Angaben zum KIND<sup>b</sup> / zur TOTGEBURT (siehe Vorderseite für Schwangere / Mutter)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Bei der Geburt: Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ gr Grösse: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

#### Diagnose und Manifestation

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Katarakt                         | <input type="checkbox"/> kongenitales Glaukom        | <input type="checkbox"/> Embryopathie   |
| <input type="checkbox"/> Hörbeschwerden                   | <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa        | <input type="checkbox"/> Purpura  |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalie oder Splenomegalie | <input type="checkbox"/> Mikrozephalie               | <input type="checkbox"/> mentale Retardierung                                     |
| <input type="checkbox"/> Meningoenzephalitis              | <input type="checkbox"/> metaphysäre Knochenläsionen | <input type="checkbox"/> Ikterus, innerhalb von 24h<br>nach der Geburt auftretend |
| <input type="checkbox"/> andere: _____                    |  | <input type="checkbox"/> keine  |

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_ Resultat: \_\_\_\_\_

#### Verlauf

Tod: ☐ ja, Todesdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_ ☐ nein ☐ unbekannt

Autopsie: ☐ ja

#### Bemerkungen

Bitte füllen Sie für die Mutter dieses Kindes in jedem Fall Blatt 1 aus, auch wenn die Röteln in der Schwangerschaft nicht nachgewiesen werden konnten. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Gynäkologen/Allgemeinmediziner aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): \_\_\_\_\_

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

#### Kantonsarzt/-ärztin

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

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

<sup>b</sup> Für alle Säuglinge ausfüllen, wenn sie von einer Mutter mit bestätigten Röteln in der Schwangerschaft geboren wurden oder beim Neugeborenen Röteln diagnostiziert wurden oder beim Verdacht auf kongenitale Röteln