



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

Diphtherie

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 (Bitte alle beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen: Erkrankung der oberen Luftwege mit Laryngitis Nasopharyngitis Tonsillitis

adhäsente Membran/Pseudomembran

Hautläsion, wo? _____

Läsion Augenbindehaut oder Schleimhäute

andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/_____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/_____ Material: Rachenabstrich Hautabstrich anderes: _____

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: ____/____/_____

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

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: Impfausweis Anamnese

Geimpft gegen Diphtherie: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

1. Dosis im Jahr: _____ mit Impfstoff: Markenname: _____

2. Dosis im Jahr: _____ mit Impfstoff: Markenname: _____

3. Dosis im Jahr: _____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Letzte Dosis im Jahr/Mt: ____/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Exposition

≤7 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-5 Tage)

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

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

Wie: Patientenkontakt: Kollektiv oder Anlass: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wieviele: _____ nein unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/_____

Kantonsarzt/-ärztin

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