



Diphtherie

Meldung zum klinischen Befund

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

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

☐ adhärenzte 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: ____/____/____

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