



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

Dengue-Fieber

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

Manifestationen: Fieber oder Fieber gemäss Anamnese hämorrhagische Zeichen
 andere: _____ keine

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/_____

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/_____ Material: _____

Dokumentierte Serokonversion: ja nein

Vorangegangene Erkrankung(en) und Impfstatus

	vorangegangene Erkrankung?	geimpft?	
Gelbfieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
FSME:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Japanische Enzephalitis:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		
West-Nil-Fieber:	<input type="checkbox"/> ja, Jahr: _____		

Exposition Inkubationszeit: 3 bis 14 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 14 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ja nein unbekannt

Falls ja, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

Falls nein, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert?

Ort: _____ unbekannt

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: ____/____/_____ Datum Einreise in CH: ____/____/_____ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/_____

Kantonsarzt/-ärztin

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