



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

Tularämie

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

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

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ulzeroglandulär glandulär okuloglandulär oropharyngeal abdominal pulmonal typhoidal

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/_____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

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

Verlauf

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

Zustand: Tod, Datum: ____/____/_____

Exposition

In den letzten 14 Tagen (insbesondere 3-5 Tage) vor Erkrankung

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

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

Wie: Kontakt zu Wildtieren, insbesondere Nagern (inkl. Verzehr ihrer Produkte), welche/wo: _____ nein unbekannt

Einnahme von Wasser aus unkontrollierter Quelle (Brunnen, Bach), falls CH, wo: _____ nein unbekannt

Zeckenstich nein unbekannt

Insektenstich nein unbekannt

Inhalation von Staub/Aerosol (Landwirtschaft, Garten), falls CH, wo: _____ nein unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: _____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

Datum: ____/____/_____

Kantonsarzt/-ärztin

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