



Pneumokokken- Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m
PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____
Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ Pneumonie ☐ Sepsis ☐ Meningitis ☐ Arthritis ☐ andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahmedatum: ____/____/____

Material: ☐ Blut ☐ Liquor ☐ Pleurapunktat ☐ Gelenkpunktat

☐ anderes: _____

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Hausarzt ☐ Anamnese

geimpft gegen Pneumokokken: ☐ ja, mit total ____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

Dosis, Markenname und Impfdatum:

- | | |
|---|---|
| 1 | ☐ Prevenar® _____ |
| | ☐ Prevenar 13® _____ |
| | ☐ anderer _____ |
| 2 | ☐ Prevenar® _____ |
| | ☐ Prevenar 13® _____ |
| | ☐ anderer _____ |
| 3 | ☐ Prevenar® _____ |
| | ☐ Prevenar 13® _____ |
| | ☐ anderer _____ |
| 4 | ☐ Prevenar® _____ |
| | ☐ Prevenar 13® _____ |
| | ☐ anderer _____ |

Dosis, Markenname und Impfdatum:

- | | |
|---|---|
| 1 | ☐ Pneumovax® _____ |
| | ☐ Pnu-Imune® _____ |
| | ☐ unbekannt _____ |
| 2 | ☐ Pneumovax® _____ |
| | ☐ Pnu-Imune® _____ |
| | ☐ unbekannt _____ |

Risikofaktoren

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ keine bekannt | ☐ Splenektomie | ☐ funktionelle Asplenie/Hämoglobinopathie |
| ☐ chron. Niereninsuffizienz | ☐ nephrotisches Syndrom | ☐ Liquorfistel |
| ☐ Immundepression | ☐ Schädelbasisfraktur | ☐ andere (z.B. Frühgeburt <32. SSW): _____ |
| ☐ rezid. Atemwegserkrankungen | ☐ chron. Lungenerkrankung | |
| ☐ rezid. Otitiden (mind. 3 in 6 Monaten,
oder mind. 4 pro Jahr) | ☐ Diabetes mellitus | |

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>