



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

Hepatitis A

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m
Strasse, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____
Nationalität: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH/FL: _____

Diagnose und Manifestation

Diagnosedatum: ____/____/____
Manifestationen: ☐ Ikterus ☐ erhöhte Transaminasen ☐ Fieber ☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt
Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt
Labor: Name/Tel.: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt falls ja, Grund: ☐ Hepatitis A ☐ anderer
Komplikationen: ☐ ja, welche: _____ ☐ keine
Zustand: ☐ Tod Datum: ____/____/____ Todesursache: ☐ Hepatitis A ☐ andere ☐ unbekannt

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Geimpft gegen Hepatitis A: ☐ ja, mit total _____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt
Impfstoff (Markenname), erste Dosis: _____ Datum: ____/____/____
Impfstoff (Markenname), letzte Dosis: _____ Datum: ____/____/____

Exposition

In den letzten 2 Monaten vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 15-50 Tage)

Wo: Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt
Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ODER Datum der Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt
Wie: ☐ Speisen/Getränke (Einzelheiten): _____
☐ Kontakt mit infizierter Person ☐ in Familie ☐ am Arbeitsplatz/Schule: _____
☐ andere: _____
☐ Sexualkontakt mit infizierter Person: ☐ Frau ☐ Mann
☐ Konsum von injizierbaren Drogen (IDU)
☐ andere: _____ ☐ unbekannt
Exponierte Personen: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt falls ja, welche: ☐ Arbeit in Lebensmittelbranche ☐ Haushaltangehörige
☐ Krippe ☐ andere: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. oder Stempel

Datum: ____/____/____
☐ Als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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