



Listeriose

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 bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: ☐ bei **erwachsener** Person (ausser schwangerer Frau) sowie einem **Kind** (älter als 1 Monat):
☐ Fieber ☐ Meningitis oder Meningoenzephalitis ☐ Sepsis
☐ lokalisierte Infektion (z.B. Arthritis, Endokarditis): _____
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt
☐ in **Schwangerschaft**
☐ Abort, Fehlgeburt, Totgeburt ☐ Frühgeburt, Schwangerschaftswoche: _____
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt
☐ bei **Neugeborenem** (jünger als 1 Monat)
☐ Granulomatosis infantiseptica ☐ Meningitis oder Meningoenzephalitis
☐ Sepsis ☐ Dyspnoe ☐ Haut-, Schleimhaut- oder Bindehautläsionen
☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____
Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt
Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Bemerkung

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>