



Tetanus

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 (Wenn Tetanus inzwischen ausgeschlossen: Fragebogen nicht weiter ausfüllen und zurücksenden)

Diagnose: ☐ Wund-Tetanus ☐ neonataler Tetanus ☐ andere: _____

Manifestation: ☐ unbekannt ☐ Opisthotonus ☐ Trismus ☐ andere: _____

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Antitoxin: ☐ ja, Datum Beginn: ____/____/____ Dosis: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Antibiotica: ☐ ja, Datum Beginn: ____/____/____ Markenname: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Anamnese

geimpft gegen Tetanus: ☐ ja, mit total _____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

1. Dosis, Datum: ____/____/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

2. Dosis, Datum: ____/____/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

3. Dosis, Datum: ____/____/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Letzte Dosis, Datum: ____/____/____ mit Impfstoff: Markenname: _____

Exposition ≤ 4 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 3-21 Tage)

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

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ oder Datum der Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Verletzung: Art, Lokalisation: _____ ☐ unbekannt

☐ Neugeborenes: Impfstatus und Parität der Mutter, Ort der Geburt: _____

☐ anders: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

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>