



# Tetanus

## Meldung zum klinischen Befund

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

### 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_