



# Syphilis

## 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Gender:  w  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VGE<sup>b</sup>

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Fallbeurteilung:  
Bitte nur 1 Variante ankreuzen

- Beginn einer Syphilis-Behandlung** (neue Krankheitsepisode, die noch nicht gemeldet wurde, keine Meldung einer neuen Behandlung aufgrund des Verdachts auf Nichtansprechen auf eine Erstbehandlung oder bei prophylaktischer Behandlung von Partnern)<sup>c</sup>  
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen
- Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten
- Seronegativ** (frühere Infektion, keine aktive Syphilis)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

Stadium:

Primäre Syphilis      Ort der Primärläsion:  Genitalbereich  Analbereich  Mundhöhlenbereich  
 anderer: \_\_\_\_\_  unbekannt

Sekundäre Syphilis

Frühe Latenzphase (≤ 1 Jahr nach initialer Infektion)

Späte Latenzphase (>1 Jahr nach initialer Infektion)

Tertiäre Syphilis      Leitsymptom: \_\_\_\_\_

unbekannt

Manifestationsbeginn: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

mit neurologischen Begleitsymptomen

Labor:

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Anlass für Konsultation:

Symptome  Exposition  Individueller Checkup<sup>d</sup>  Screening<sup>e</sup>

anderer: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  Abort auf Grund einer Syphilis-Infektion

### Exposition (aus Sicht des Arztes / der Ärztin: bitte die wahrscheinlichste Möglichkeit angeben)

Wo:  CH, Ort: \_\_\_\_\_  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wie (Übertragungsweg):  Sexualkontakt mit:  w  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VGE<sup>b</sup>

anderer Übertragungsweg (z.B. kongenital): \_\_\_\_\_  nicht eruierbar

Bei Übertragung durch Sexualkontakt, Art der Beziehung:

anonymer Partner  bekannter Partner  bezahlter Sex  nicht eruierbar

Anamnese einer behandelten und geheilten Syphilis:  ja  nein  unbekannt

### Massnahmen (für STI<sup>f</sup> empfohlen)

Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?  ja  nein  unbekannt

Wurden die Sexualpartner über die Syphilis Diagnose informiert?  ja  nein  unbekannt

Wird/wurde die Behandlung der Sexualpartner gegen Syphilis veranlasst?  ja  nein  unbekannt

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel., (oder Stempel):

**Bemerkungen**

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: \_\_\_\_\_

**Kantonsarzt/-ärztin** Name, Adresse, Tel., (oder Stempel):

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

<sup>c</sup> Keine Meldung von Behandlungen, die sich im Nachhinein als nicht indiziert erweisen.

<sup>d</sup> Individuelles Testen z.B. bei MSM, bei Personen >45 Jahren im Rahmen eines Gesundheitschecks, etc.

<sup>e</sup> Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekrutten, Blutspendende oder Studienteilnehmende

<sup>f</sup> STI: sexuell übertragbare Infektion.

<sup>g</sup> Personen mit einer sexuell übertragbaren Infektion sollten auf HIV getestet werden.