



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

Syphilis

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Gender: ☐ w ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VGE^b

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)^c
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen
- ☐ **Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten
- ☐ **Seronarbe** (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
☐ Sekundäre Syphilis ☐ anderer: _____ ☐ unbekannt
☐ 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^d ☐ Screening^e
☐ 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)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VGE^b
☐ anderer Übertragungsweg (z.B. kongenital): _____ ☐ nicht eruierbar

Bei Übertragung durch Sexualkontakt, Art der Beziehung:
☐ anonym Partner ☐ bekannter Partner ☐ bezahlter Sex ☐ nicht eruierbar

Anamnese einer behandelten und geheilten Syphilis: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Massnahmen (für STI^f empfohlen)

Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?^g ☐ 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: _____

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

^b 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).

^c Keine Meldung von Behandlungen, die sich im Nachhinein als nicht indiziert erweisen.

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

^e Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende

^f STI: sexuell übertragbare Infektion.

^g Personen mit einer sexuell übertragbaren Infektion sollten auf HIV getestet werden.