



Anthrax / Milzbrand

Meldung zum klinischen Befund
Ergänzend zur telefonischen Meldung,
die in 2 Stunden zu erfolgen hat.

Bitte ausfüllen und umgehend
an BAG und Kantonsarzt/-
ärztin senden.^a

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnland, falls nicht CH: _____

Berufliche Tätigkeit, Arbeitgeber (mit vollständiger Adresse): _____

Diagnose und Manifestation

Klinische Diagnose: ☐ Verdacht ☐ sicher ☐ Zufallsbefund ☐ Datum der Diagnose: ____/____/____

Labordiagnose: ☐ positiv ☐ negativ

Untersuchungsmaterial: _____

Labor (Name, Ort): _____

Lokalisation:

☐ Haut-Anthrax Symptome: _____

☐ Inhalations-Anthrax Symptome: _____

☐ Gastrointestinal-Anthrax Symptome: _____

☐ Andere Symptome: _____

Verlauf

Behandlung: Beginn: ____/____/____ womit: _____

Patient hospitalisiert: ☐ nein ☐ ja, Datum Eintritt: ____/____/____ ☐ Todesfall, Datum: ____/____/____

Exposition

Auslandaufenthalt in den letzten 8 Wochen vor der Erkrankung: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wo: _____ von: ____/____/____ bis: ____/____/____

Infektionsquelle: _____ ☐ bekannt ☐ vermutet ☐ unbekannt

(z.B. tierische Produkte (v.a. Ziegen, Schafe, Rinder, Pferde, Schweine), weitere Produkte, Importware, Staub, Werkzeuge, Maschinen, Laborinfektion, Verdacht auf kriminell kontaminiertes Material)

Welche, wo (Adresse): _____

Andere infizierte Personen oder Verdacht: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Wer? (Adresse): _____

Getroffene Massnahmen (individuell/familiär/beruflich/veterinär/andere): _____

Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): _____

Bemerkungen

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: ____/____/____

BAG: ☐ 3+ ☐ 2+ ☐ 1+ ☐ ? ☐ Ø

Datum: ____/____/____ Visum: _____

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