



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

# Masern

## Ergänzungsmeldung

### Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  nein

Grund: \_\_\_\_\_ Aufenthalt auf der Intensivstation:  ja, Anzahl Tage: \_\_\_\_\_

Komplikationen:  Pneumonie  Enzephalitis  Otitis media  andere: \_\_\_\_\_  keine

Zustand:  geheilt / rekovaeszent  Tod, Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Folgeschäden, welche: \_\_\_\_\_

### Risikofaktoren

- keine bekannt
- Immunschwäche / Immundepression
- bestehende Schwangerschaft

### Bemerkungen

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

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

**Kantonsarzt/-ärztin**

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