



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

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 / rekonvaleszent ☐ Tod, Datum: ____/____/____

☐ Folgeschäden, welche: _____

Risikofaktoren

- ☐ keine bekannt
☐ Immunschwäche / Immundepression
☐ bestehende Schwangerschaft

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____/____/____

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