



Röteln

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsarzt/-ärztin senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Kongenitale Röteln:

☐ diese Meldung betrifft eine schwangere Frau oder eine Frau, die kürzlich geboren hat. Falls «ja», füllen Sie bitte zusätzlich das Ergänzungsf formular zum klinischen Befund Röteln **am Ende der Schwangerschaft** aus.

Voraussichtlicher Geburtstermin: ____/____/____

☐ diese Meldung betrifft die Rötelninfektion eines Neugeborenen oder eines Säuglings mit (Verdacht auf) kongenitale Röteln. Falls «ja», füllen Sie bitte zusätzlich das **Ergänzungsf formular zum klinischen Befund Röteln** aus.

Manifestationen:

☐ akutes generalisiertes makulo-papulöses Exanthem;

Beginn des Exanthems^b: ____/____/____ ☐ Beginn unbekannt

☐ Adenopathie (zervikal, suboccipital oder postaurikulär)

☐ Arthralgie/Arthritis

☐ andere: _____

☐ keine

Labor:

Name/Tel.: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ Beurteilung Immunstatus

Verlauf

Hospitalisation: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ ☐ nein ☐ unbekannt

Komplikationen: ☐ ja, welche: _____ ☐ keine

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss: ☐ Impfausweis/Krankengeschichte ☐ Anamnese

Geimpft gegen Röteln: ☐ ja, mit total ____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: ____/____/____

Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): _____ Datum: ____/____/____

Exposition

in den 14 - 21 Tagen vor Beginn des Exanthems

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort (CH & Ausland): _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Aufenthalt im Ausland (oder in der Schweiz für Ausländer), Beginn: ____/____/____ Ende: ____/____/____

Wie: ☐ Krippe ☐ Schule ☐ Familie ☐ andere: _____ ☐ unbekannt

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Weitere Fälle im Umfeld: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ nein ☐ unbekannt

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____ Datum: ____/____/____

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

^b Oder Symptome falls kein Exanthem