



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

Röteln

Meldung zum klinischen Befund

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 Ergänzungsformular 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 Ergänzungsformular 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