



Tollwut

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Manifestationen: ☐ Akute Enzephalomyelitis ☐ Delirium ☐ Epileptische Anfälle ☐ Angstzustände
☐ Sensorische Störungen an der Bissstelle ☐ Schluckkrämpfe ☐ Hydrophobie ☐ Parese oder Paralyse

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____ Material: _____

Resultat^b: IF-Nachweis: ☐ pos. ☐ neg. ☐ unbekannt

Histologie: ☐ pos. ☐ neg. ☐ unbekannt

☐ Rabiesvirus in Kultur aus Material: _____

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Anamnese

gegen Tollwut geimpft: ☐ ja, mit total _____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt ☐ γ-Globulingabe

Letzte Dosis im Jahr/Mt.: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Postexpositionsprophylaxe: ja, Beginn am: ____/____/____ ☐ aktiv ☐ passiv ☐ unbekannt

Exposition

≤1 Jahr vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 30-365 Tage)

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ oder Datum der Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Tier zu Mensch: _____

☐ Mensch zu Mensch: _____

☐ unbekannt

Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wieviele: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Namen und Adressen der einzelnen, Ihnen bekannten, exponierten Personen bitte auflisten:

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 Bitte Befundkopie beilegen