



Bitte ausgefüllt innerhalb 24h  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG).<sup>a</sup>

# Legionellose

## 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

Diagnose: Legionella-Pneumonie:  ja  nein, andere: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren:  Tabakrauchen  Immunsuppression  Krebs/Hämopathie  Diabetes  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  unbekannt

Schnelltest: Urinantigen:  positiv  negativ

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### Verlauf

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

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

**Exposition** Markieren Sie die Orte, an denen sich die Person während den **14 Tagen** vor Ausbruch der Krankheit aufgehalten hat, resp. die Installationen, denen Sie ausgesetzt war. Fügen Sie anschliessend die entsprechende Nummer (in Klammer) in die untere Tabelle ein und vervollständigen Sie diese.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz (Nr. 1)           | <input type="checkbox"/> Altersheim (Nr. 6)        | <input type="checkbox"/> Kühlturn (Nr. 15)  |
| <input type="checkbox"/> Hotel <sup>b</sup> (Nr. 2)     | <input type="checkbox"/> Badeanstalt (Nr. 9)       | <input type="checkbox"/> Autowaschanlage (Nr. 16)                                     |
| <input type="checkbox"/> Zeltplatz <sup>b</sup> (Nr. 3) | <input type="checkbox"/> Zahnarztpraxis (Nr. 10)   | <input type="checkbox"/> Sprühhanlage (Nr. 17)  |
| <input type="checkbox"/> Ferienhaus (Nr. 4)             | <input type="checkbox"/> Luftbefeuchter (Nr. 11)   | <input type="checkbox"/> Sanitäరarbeiten (Nr. 18)                                     |
| <input type="checkbox"/> Spital:                        | <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät (Nr. 12) | <input type="checkbox"/> Arbeiten mit Blumenerde (Nr. 19)                             |
| <input type="checkbox"/> Als Patient/in (Nr. 5a)        | <input type="checkbox"/> Springbrunnen (Nr. 14)    | <input type="checkbox"/> andere (z.B. Sportverein, Schulhaus-Duschen) (Nr. 20): _____ |
| <input type="checkbox"/> Als Besucher/in (Nr. 5b)       |  | <input type="checkbox"/> CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) (Nr. 21)    |
| <input type="checkbox"/> unbekannt                      |  |   |

Nr.	Datum	Ort/Name der Einrichtung	Genaue Adresse
	von: ____ / ____ / ____		Str.: _____ Nr.: _____
	bis: ____ / ____ / ____		Ort: _____ Land: _____
	von: ____ / ____ / ____		Str.: _____ Nr.: _____
	bis: ____ / ____ / ____		Ort: _____ Land: _____

Andere Fälle?  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_  nein  unbekannt

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

**Bemerkungen**

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

### Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

<sup>b</sup> Bei Reisen mit mehreren Etappen teilen Sie uns bitte die Details (Ort, Hotel, Daten) mit.