



Legionellose

Meldung zum klinischen Befund

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

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.

- ☐ Arbeitsplatz (Nr. 1) ☐ Altersheim (Nr. 6) ☐ Kühlturm (Nr. 15)
☐ Hotel^b (Nr. 2) ☐ Badeanstalt (Nr. 9) ☐ Autowaschanlage (Nr. 16)
☐ Zeltplatz^b (Nr. 3) ☐ Zahnarztpraxis (Nr. 10) ☐ Sprühanlage (Nr. 17)
☐ Ferienhaus (Nr. 4) ☐ Luftbefeuchter (Nr. 11) ☐ Sanitärarbeiten (Nr. 18)
☐ Spital: ☐ Inhalationsgerät (Nr. 12) ☐ Arbeiten mit Blumenerde (Nr. 19)
☐ Als Patient/in (Nr. 5a) ☐ Springbrunnen (Nr. 14) ☐ andere (z.B. Sportverein, Schulhaus-Duschen) (Nr. 20): _____
☐ Als Besucher/in (Nr. 5b) ☐ CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) (Nr. 21)
☐ unbekannt

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

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

^b Bei Reisen mit mehreren Etappen teilen Sie uns bitte die Details (Ort, Hotel, Daten) mit.