



Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Hepatitis B

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in	Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Gender:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> trans (MtF) ^b <input type="checkbox"/> trans (FtM) ^b <input type="checkbox"/> VGE ^b	/ /
PLZ/Wohnort:	Kanton:	Wohnsitzland, falls nicht CH:
Nationalität:	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> andere:	Herkunftsland ^c : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> anderes:

Diagnose und Manifestation

Ich habe für diese(n) Patient/in bereits eine Arztmeldung vollständig ausgefüllt und versendet: ja
Falls «ja», senden Sie dieses Formular bitte direkt an den Kantonsarzt, OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Diagnose dem/r Arzt/Ärztin oder dem/r Patient/in seit mehr als 1 Jahr bekannt: ja, Jahr: _____ nein

Diagnosedatum: ____/____/____ (dokumentiert)

Gegenwärtige Manifestationen: Ikterus Transaminase ≥ 2.5x ↑ andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Screening^d anderer: _____ unbekannt

Dokumentierte Serokonversion^e: ja, zuletzt **negative Serologie anti-HBc** vor der Diagnose am: ____/____/____ nein unbekannt

Verlauf akut chronisch Zirrhose Hepatokarzinom

Impfstatus

Geimpft gegen Hep B: ja, mit total _____ Dosen nein unbekannt

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

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

War Ihrer Meinung nach bereits vor der Impfung eine Infektion vorhanden? ja nein unklar

Exposition in den letzten 6 Monaten vor Manifestationsbeginn (oder zum vermuteten Ansteckungszeitpunkt)

Wo: CH Ausland, Land: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ unbekannt

Wie: perinatal

Kontakt mit infizierter Person: in Familie am Arbeitsplatz: _____

anderer: _____

Sexualkontakt mit infizierter Person: Frau Mann Transgender

Konsum von Drogen (injiziert oder durch die Nase)

Transfusion(en), Jahr(e): _____

Dialyse

Gesundheitsberuf: _____

andere: _____ unbekannt/Übertragungsweg nicht identifizierbar

Exponierte Personen: ja nein unbekannt Falls ja, welche: Sexualpartner/in Haushaltangehörige

ungeborenes oder neugeborenes Kind andere: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitszug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin Name, Adresse, Tel. (oder Stempel):

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

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

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).

^c Falls der Patient oder seine Eltern in die Schweiz eingewandert sind, bitte das Herkunftsland angeben.

^d Vorsorge- bzw. Reihenuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangere, Rekruten, Blutspendende oder Studienteilnehmende.

^e Bitte Kopie des negativen Befundes der früheren anti-HBc Serologie beilegen.