



Gelbfieber

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: ☐ hämorrhagische Zeichen: _____

☐ Fieber bis ____°C ☐ Hepatitis ☐ Albuminurie ☐ Niereninsuffizienz

☐ andere: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: ____/____/____ ☐ unbekannt

Labor: Name/Tel.: _____

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ anderer: _____

Entnahme: Datum: ____/____/____

Resultat: ☐ Virus in Kultur nachgewiesen ☐ pos. Genomtest ☐ pos. Serologie ☐ negativ ☐ Resultat noch ausstehend

☐ Malaria-tests neg.

Verlauf

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

Zustand: ☐ Tod, Datum: ____/____/____

Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss: ☐ Impfausweis ☐ Hausarzt ☐ Anamnese

gegen Gelbfieber
geimpft: ☐ ja, mit total ____ Dosen ☐ nein ☐ unbekannt

letzte Dosis: im Jahr: _____ mit Impfstoff, Markenname: _____

Impfstelle, Name/Adresse: _____

Exposition

≤2 Wochen vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ≤ 6 Tage)

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

_____ Ort: _____

Wann: Datum letzte Ausreise ins Ausland: ____/____/____ Datum Einreise in CH: ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: ☐ Aufenthalt in ländlichem Gebiet ☐ anderes: _____ ☐ unbekannt

Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ keine ☐ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____

Kantonsarzt/-ärztin

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