



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

# Chikungunya-Fieber

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

Manifestation: ☐ Fieber oder Fieber gemäss Anamnese ☐ Gelenkschmerzen (Polyarthrit) ☐ Muskelschmerzen ☐ Hautausschlag ☐ hämorrhagische Zeichen  
☐ Kopfschmerzen ☐ andere: \_\_\_\_\_ ☐ keine

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

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

Anlass: ☐ klinischer Verdacht ☐ Exposition ☐ anderer: \_\_\_\_\_

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

Dokumentierte Serokonversion: ☐ ja ☐ nein

## Verlauf

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

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

## Exposition

Inkubationszeit: 3 bis 12 Tage

Wo: Hat sich die Person während der 12 Tage vor Manifestationsbeginn im Ausland aufgehalten? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls **ja**, bitte geben Sie die besuchten Länder an (geordnet nach abnehmender Wahrscheinlichkeit der Infektion):

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

Falls **nein**, wo hat sich die Person am wahrscheinlichsten infiziert?

Ort: \_\_\_\_\_ ☐ unbekannt

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

## Bemerkungen

## Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel. (oder Stempel): \_\_\_\_\_

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

## Kantonsarzt/-ärztin

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

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