



Bitte ausfüllen und in 1 Tag an den Kantonsarzt senden. Besten Dank!
Symbole: Ø = nein, ? = unbekannt, CH = Schweiz, d = Tag, h = Stunde. Leere Linien für freie Einträge benutzen.

Was:

Wer: Zahl: _____ Betroffene Gruppe, Anlass: _____

Wie: Vermutliche Quelle/Uebertragung: _____

	Fall/Kontrolle 1	Fall/Kontrolle 2	Fall/Kontrolle 3	Fall/Kontrolle 4
Initialen (_/_), Geschlecht (m/f), Geburtsdatum	_/_	_/_	_/_	_/_
Nationalität (CH oder ausschreiben)				
PLZ und Wohnort				
Arbeit (Lebensmittel, Bauernhof, medizinal etc)				
Leitsymptom				
Beginn: d und h				
Hauptbefunde (Temp=T, Blutdruck=BD, Neurostatus, Exanthem ua)				
Hospitalisation (Ø, wenn ja: wo)				
Labormaterial (Stuhl, Blut, Abstrich etc)				
Mikrobiologische Diagnostik (Erregerisolat, Serologie, etc)				
Auslandaufenthalt ≤30d (falls ja: Land)				
Risikogetränke ≤3d (rohe Milch, Wasser)				
Risikogerichte ≤3d (Glacés, Crèmen, rohe Eier, rohes Fleisch, Meeresfrüchte etc)				
Risikokontakte ≤30d (mit Kranken, auf engem Raum, intim)				
Tierkontakte ≤30d (Zecken, Kuscheltiere, Hof)				
Impfstatus (DiTePe, Polio, Hib, MMR, Influenza, Meningokokken, Pneumokokken)				

Bemerkungen:

Arzt: Name, Adresse, Tel/FaxNr (oder Stempel):

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt Massnahmen: nein ja: _____ **BAG:** Massnahmen: nein ja: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Visum: _____

Verteilt