



Arzt-Erstmeldung

Bitte ausfüllen und an den Kantonsarzt senden. Besten Dank!*

2004V1, Form. ARZT

vertikal

Initialen

In 1 Tag melden

Häufung

Meldekriterien und benötigte weitere Angaben

≥ 2 unerwartete oder bedrohliche Fälle vom gleichen Ort, auch wenn der Erreger nicht meldepflichtig ist. Einzelheiten unten angeben: was, wer, seit wann, wieviele Patienten.

Anthrax

Klinischer Verdacht: Symptome (Haut, respiratorisch, gastrointestinal), evtl. Hinweis auf Exposition.

Botulismus

Klinischer Verdacht.

Diphtherie

Klinischer Verdacht.

Epiglottitis

Trias: 1. Fieber, 2. Halsweh, 3. inspiratorischer Stridor (Pseudokrapp nicht melden).

Pocken

Klinischer Verdacht.

Poliomyelitis

Klinischer Verdacht.

Rabies

Klinischer Verdacht.

SARS (Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom)

Klinischer Verdacht.

Tularämie

Klinischer Verdacht.

Verdacht auf invasive Meningokokkenkrankung

Meningismus und / oder Störung der Gerinnung (insbesondere Hautblutungen) und / oder anderer Organsysteme (z.B. Bewusstseinstörung, Blutdruckabfall).

Virale hämorrhagische Fieber / Gelbfieber

Trias: 1. Aufenthalt in Endemiegebiet vor ≤ 3 Wochen oder bioterroristischer Verdacht, 2. Fieber ohne Malaria, 3. Petechien oder Hauteruptionen oder Zeichen eines schweren Verlaufs. Unten Diagnose und besuchte Länder angeben.

voller Name

In 1 Woche melden

AIDS

Pos. HIV-Test und erste AIDS-definierende Krankheit (nach Eurokriterien; u.a. Candidiasis, P. carinii-Pneumonie, rezidivierende bakterielle Pneumonie).

AIDS-Todesfall.

Malaria

Fieber und pos. Malariatest: Mikroskopie Schnelltest

Röteln

Laborbestätigte Infektion bei: bei schwangerer Frau Neugeborenem

Tetanus

Klinische Diagnose.

Initialen

Creutzfeldt-Jakob Krankheit

stationär neurologisch abgeklärt und Eurokriterien für sporadische CJD: 1. progressive Demenz, 2. EEG-Befund und 3. 2 von 4 Zeichen: a. Myoklonus, b. Sehstörung/Ataxie, c. pyramidale oder extrapyramidale Dysfunktion, d. akinetischer Mutismus.

Masern

Trias: 1. Fieber, 2. makulopapulöses Exanthem, 3. Husten, Rhinitis oder Konjunktivitis.

Tuberkulose

Beginn einer Behandlung mit 3 verschiedenen Antituberkulotika oder kultureller Nachweis von Mykobakterien des M. tuberculosis-Komplexes (präventive Chemotherapie oder pos. Tuberkulin-Reaktion nicht melden).

voller Name

Weitere Angaben: _____

Patient**:

Name und Vorname: _____ oder Initiale Name: ____ Initiale Vorname: ____

Geburtsdatum: __/__/____

Geschlecht: m w

PLZ/Wohnort: _____ Kanton: ____

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

Evtl. **nachbehandelnder Arzt:** Name, Adresse, Tel. Nr:

Datum: __/__/____

Unterschrift: _____

* Formulare sind abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/infreporting/forms/d/index.htm>

** Name oder Initialen eintragen, ausser bei AIDS. Bei AIDS den ersten Buchstaben und die Anzahl der Buchstaben des Vornamens eintragen, zB H4 für Hans, und PLZ/Wohnort leer lassen.