



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

Brucellose

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Initiale Name: _____ Initiale Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: w m
PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____
Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation Bitte alle beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen: Fieber Schweissausbrüche (vor allem nachts)
 Schüttelfrost Gelenkschmerzen
 Kopfschmerzen allgemeine Müdigkeit/Schwäche
 Depression Appetit- oder Gewichtsverlust
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: __/__/____ unbekannt

Labor: Name/Tel: _____

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: __/__/____ Material: _____

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ nein unbekannt
Zustand: Tod, Datum: __/__/____

Exposition ≤ 60 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ca. 5 - 60 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ unbekannt
Wann: Expositionsdatum: __/__/____ oder Datum der Einreise in CH: __/__/____ unbekannt
Wie: Speise/Getränke (Einzelheiten): _____
 Kontakt mit infiziertem Tier: _____
 andere: _____ unbekannt

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

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

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