



# Pneumokokken- Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

## Patient/in

Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

## Diagnose und Manifestation

Manifestationen:  Pneumonie  Sepsis  Meningitis  Arthritis  andere: \_\_\_\_\_  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Entnahmedatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Material:  Blut  Liquor  Pleurapunktat  Gelenkpunktat  
 anderes: \_\_\_\_\_

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

gemäss:  Impfausweis  Hausarzt  Anamnese  
geimpft gegen Pneumokokken:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

### Dosis, Markenname und Impfdatum:

1  Prevenar® \_\_\_\_\_  
 Prevenar 13® \_\_\_\_\_  
 anderer \_\_\_\_\_  
2  Prevenar® \_\_\_\_\_  
 Prevenar 13® \_\_\_\_\_  
 anderer \_\_\_\_\_  
3  Prevenar® \_\_\_\_\_  
 Prevenar 13® \_\_\_\_\_  
 anderer \_\_\_\_\_  
4  Prevenar® \_\_\_\_\_  
 Prevenar 13® \_\_\_\_\_  
 anderer \_\_\_\_\_

### Dosis, Markenname und Impfdatum:

1  Pneumovax® \_\_\_\_\_  
 Pnu-Imune® \_\_\_\_\_  
 unbekannt \_\_\_\_\_  
2  Pneumovax® \_\_\_\_\_  
 Pnu-Imune® \_\_\_\_\_  
 unbekannt \_\_\_\_\_

## Risikofaktoren

keine bekannt  Splenektomie  funktionelle Asplenie/Hämoglobinopathie  
 chron. Niereninsuffizienz  nephrotisches Syndrom  Liquorfistel  
 Immundepression  Schädelbasisfraktur  andere (z.B. Frühgeburt <32. SSW): \_\_\_\_\_  
 rezid. Atemwegserkrankungen  chron. Lungenerkrankung  
 rezid. Otitiden (mind. 3 in 6 Monaten, oder mind. 4 pro Jahr)  Diabetes mellitus \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

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

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

## Kantonsarzt/-ärztin

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