

# Übertragbare Krankheiten Meldepflichtige Krankheiten

—


Einführungstag über die Gesundheitssysteme der Schweiz und des Kantons Freiburg,  
29.09.2023



Florence Baier, Pflegefachfrau öffentliche Gesundheit

# Inhalt

- Gesetzesgrundlagen
- Meldepflichtige Krankheiten
  - Krankheiten
  - BAG-Website
  - Formulare
- Besonderheiten
- Bewährten Verfahren
- Überwachung grippeähnlicher Erkrankungen

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Divisionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020

**Pneumokokken-  
Erkrankung, invasive** Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche  
an Kantonsärztin/-arzt senden  
(nicht direkt ans BAG)\*

---

**Patientin**  
Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initiale Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  anders: \_\_\_\_\_ Wohnortland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

---

**Diagnose und Manifestation**  
Manifestationen:  Pneumonie  Sepsis  Meningitis  Arthritis  andere: \_\_\_\_\_  
Manifestationsbeginn: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Ernahmsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Material:  Blut  Liquor  Pleurapunktat  Gelenkpunktat  
 andere: \_\_\_\_\_

---

**Verlauf**  
Hospitalisation:  ja, Größtdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Zustand:  Tod, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Impfstatus vor Krankheitsbeginn**  
genäss:  Impfaussweis  Hausarzt  Anamnese  
geimpft gegen Pneumokokken:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Dosis, Markenname und Impfdatum:

1	<input type="checkbox"/> Prevenar®	_____	1	<input type="checkbox"/> Pneumovax®	_____
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13®	_____		<input type="checkbox"/> Pro-Immune®	_____
	<input type="checkbox"/> anderer	_____		<input type="checkbox"/> unbekannt	_____
2	<input type="checkbox"/> Prevenar®	_____	2	<input type="checkbox"/> Pneumovax®	_____
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13®	_____		<input type="checkbox"/> Pro-Immune®	_____
	<input type="checkbox"/> anderer	_____		<input type="checkbox"/> unbekannt	_____
3	<input type="checkbox"/> Prevenar®	_____			
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13®	_____			
	<input type="checkbox"/> anderer	_____			
4	<input type="checkbox"/> Prevenar®	_____			
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13®	_____			
	<input type="checkbox"/> anderer	_____			

---

**Risikofaktoren**

<input type="checkbox"/> keine bekannt	<input type="checkbox"/> Splenektomie	<input type="checkbox"/> funktionelle Asplenie/Hämoglobinopathie
<input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> septisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Liquoritis
<input type="checkbox"/> Immundepression	<input type="checkbox"/> Schädelfraktur	<input type="checkbox"/> andere (z.B. Frühgeburt <32. SSW): _____
<input type="checkbox"/> med. Atemwegsinfektionen	<input type="checkbox"/> Chron. Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/> recid. Otitiden (mind. 3 in 6 Monaten, oder mind. 4 pro Jahr)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	

---

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

---

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

---

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

\* Aktuelle Formulare abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/in-reporting> 2020/1



# Gesetzesgrundlagen

## Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG / vom 28. September 2012)

### Ziel:

- [...] den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten **verhüten und bekämpfen**

### Mittel:

- Ärztinnen und Ärzte **melden** Beobachtungen zu übertragbaren Krankheiten (Art. 12)



# Gesetzesgrundlagen

## Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV / vom 29. April 2015)

### Meldung von klinischen Befunden von Ärztinnen und Ärzten (Art. 6)

- Diagnose und Manifestationen
- Exposition
- Impfstatus und Immunstatus
- Zugehörigkeit zu einer Personengruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko
- getroffene Massnahmen
- Angaben zur betroffenen Person, darunter Telefonnummer
- usw.



# Gesetzesgrundlagen

## Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV / vom 29. April 2015)

### **Informationen bzgl. Entwicklung und getroffene Massnahmen**

- Ergänzungsmeldungen von klinischen Befunden von Ärztinnen und Ärzten (Art. 7)

### **Bei Ausbrüchen**

- Meldung von epidemiologischen Befunden (Art. 9)



# Gesetzesgrundlagen

## Verordnung des EDI über die Meldung von Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen (vom 1. Dezember 2015)

### Jährliche Aktualisierung

- Liste der meldepflichtigen Krankheiten
- Meldefrist (**Meldefristen mit Stundenangaben gelten auch ausserhalb der Werkzeuge**)
- Meldekriterien (bei Verdacht oder bei positivem laboranalytischem Befund)
- Datendetails (Person, Beobachtung)



# Gesetzesgrundlagen

**Gesundheitsgesetz** (GesG / vom 16. November 1999)

## **Meldepflicht (Art. 119 b)**

Die Gesundheitsfachpersonen, die zur **Meldung von übertragbaren Krankheiten des Menschen [...] verpflichtet sind**, müssen der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt fristgemäss die in der Bundesgesetzgebung vorgesehenen Erkrankungsfälle melden.

...

**Es gibt keine gesetzliche Grundlage im Zusammenhang mit der Entschädigung** für diese Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte.

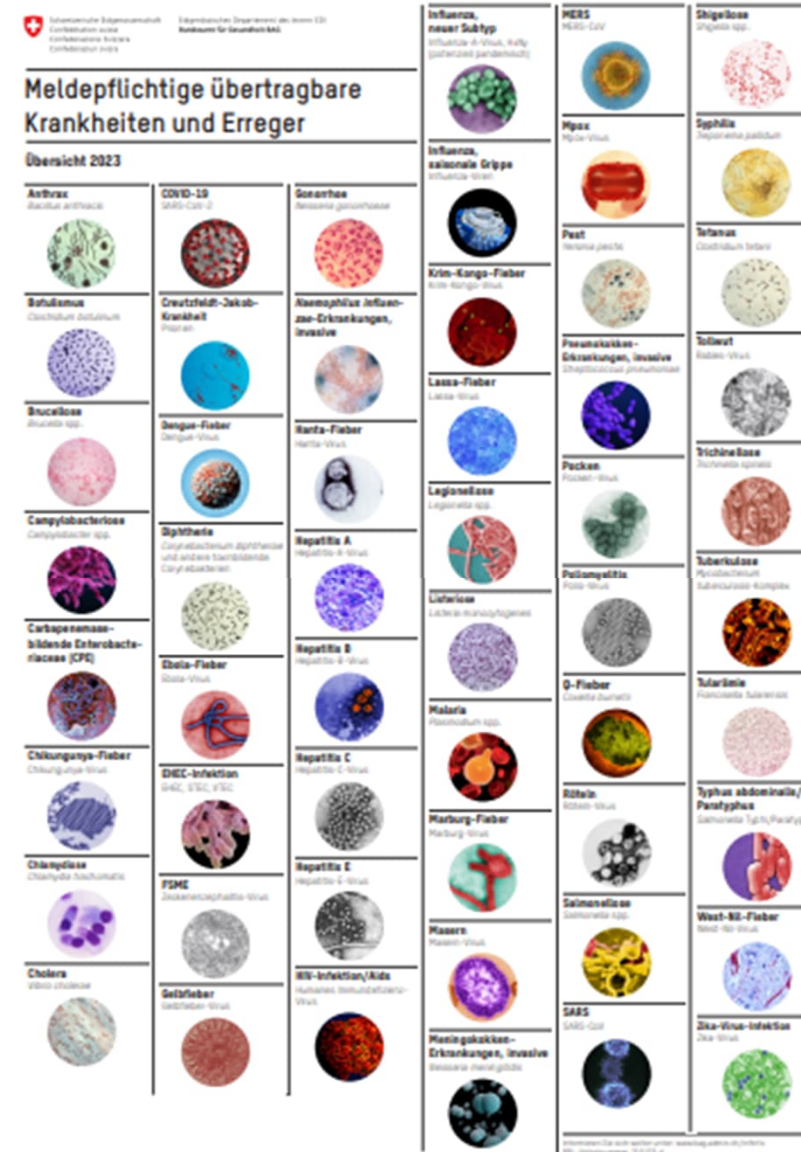
# Meldepflichtige Krankheiten

Welche?

- Die Liste der **meldepflichtigen Krankheiten** befindet sich auf der BAG-Website

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

- **Ausbrüche oder aussergewöhnlicher Befund**





# Meldepflichtige Krankheiten

## Wer meldet?

- Alle Ärztinnen und Ärzte sowie Labors in der Schweiz  
«**Wer diagnostiziert, meldet**»

## Wann?

- **Sobald das jeweilige Meldekriterium erfüllt ist,**  
innerhalb von 2 Stunden, 24 Stunden oder 1 Woche
- Der Leitfaden zur Meldepflicht erläutert die spezifischen Kriterien  
→ auf der BAG-Website > Krankheiten

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

## Wem melden?

- **Dem Kantonsarztamt (KAA) des Kantons, in dem die Patientin/der Patient wohnt**



# Meldepflichtige Krankheiten **Leitfaden auf der BAG-**

**Website > Meldepflichtige Infektionskrankheiten**

**Für jede Krankheit Informationen über die öffentliche Gesundheit im Zusammenhang mit der Krankheit**

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**

## Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und Erreger

Leitfaden zur Meldepflicht 2023

### 19. Enterohämorrhagische Escherichia-coli-Infektion

Enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC), Shigatoxin- bzw. Verotoxin-produzierende *E. coli* (STEC bzw. VTEC)

	Ärztin/Arzt	Labor
<b>Meldekriterien</b>	Positiver laboranalytischer Befund	Positiver Befund mittels I. Kultur <i>oder</i> II. Sequenzanalyse (z. B. PCR, Sequenzierung, NGS) <i>oder</i> III. Antigennachweis Falls bekannt, Toxintyp angeben.
<b>Meldefrist</b>	24 Stunden	24 Stunden
<b>Adressat</b>	Kantonsärztin/-arzt	Kantonsärztin/-arzt und BAG
<b>Meldeweg</b>	<a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>	<a href="http://www.bag.admin.ch/infreporting">www.bag.admin.ch/infreporting</a>
<b>Personendaten</b>	Voller Name	Voller Name
<b>Probenversand</b>	An das übliche Auftragslabor	Proben sind nach Aufforderung durch das BAG an das Nationales Zentrum für enteropathogene Bakterien und Listerien (NENT), Zürich zu senden. Das BAG kann bei Bedarf die Labors auffordern, Angaben zu Proben mit negativem Befund ans BAG zu übermitteln.

# Meldepflichtige Krankheiten

## Überblick auf der BAG-Website > Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Bundesamt für Gesundheit  
Leitfaden zur Meldepflicht

Krankheiten	Erreger	Frist	Personen- daten		Arzt- mel- dung <sup>1</sup>			Labormeldung <sup>2</sup>
			Initialen	Voller Name	Meldung zum klinischen Be- fund	Meldung zum positiven labor- analytischen Befund	Meldung zum negativen labor- analytischen Befund	Weiterleitung von Proben
Pneumokokken-Erkrankungen, invasive	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1 Woche	x		x	x		x <sup>9</sup>
Pocken	Pockenvirus ( <i>Variola/Vaccinia</i> )	2 Stunden <sup>4</sup>		x	x <sup>5</sup>	x	x	x <sup>12</sup>
Polioomyelitis (Kinderlähmung)	Poliovirus	24 Stunden		x	x <sup>5</sup>	x		x <sup>9</sup>
Q-Fieber	<i>Coxiella burnetii</i>	1 Woche	x			x	x <sup>18</sup>	x <sup>10</sup>
Röteln	Rötelnvirus	24 Stunden		x	x <sup>17</sup>	x		x <sup>9</sup>
Salmonellose	<i>Salmonella spp.</i>	24 Stunden		x		x	x <sup>18</sup>	x <sup>14</sup>
Schweres Akutes Respiratori- sches Syndrom (SARS)	SARS Coronavirus	2 Stunden <sup>4</sup>		x	x <sup>5</sup>	x	x	x <sup>9</sup>
Shigellose	<i>Shigella spp.</i>	24 Stunden		x		x	x <sup>18</sup>	x <sup>10</sup>
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>	1 Woche	x		x	x		
Tetanus (Wundstarrkrampf)	<i>Clostridium tetani</i>	1 Woche	x		x			
Tollwut	Rabiesvirus	24 Stunden		x	x <sup>5</sup>	x	x	x <sup>9</sup>
Trichinellose	<i>Trichinella spiralis</i>	1 Woche		x	x	x		
Tuberkulose	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> -Kom- plex	Labor: 24 Std. Arzt: 1 Woche		x	x <sup>17</sup>	x		x <sup>15</sup>
Tularämie (Hasenpest)	<i>Francisella tularensis</i>	1 Woche	x		x	x		x <sup>10</sup>
Typhus abdominalis/Paratyphus	<i>Salmonella</i> Typhi/Paratyphi	24 Stunden		x	x	x		
West-Nil-Fieber	West-Nil-Virus	1 Woche	x		x	x		x <sup>9</sup>
Zika-Virus-Infektion	Zika-Virus	24 Stunden		x	x	x		x <sup>16</sup>
Ausbruch von Vancomycin-resistenten Enterokokken in Spitälern <sup>19</sup>		24 Stunden						
Aussergewöhnlicher klinischer oder laboranalytischer Befund		2 Stunden <sup>4</sup>		x	x <sup>5</sup>	x		x <sup>10</sup>
Häufung von klinischen oder laboranalytischen Befunden		24 Stunden			x	x		x <sup>10</sup>

# Meldepflichtige Krankheiten

Wie?

Mittels Meldeformular

➤ Sichere E-Mail: [maltrans@secu.fr.ch](mailto:maltrans@secu.fr.ch)



➤ Postversand: **Vertraulich**  
**Kantonsarztamt**  
**Dr. Thomas Plattner, Kantonsarzt**  
**Route de Villars 101**  
**1752 Villars-sur-Glâne**

➤ Telefon: **026 305 79 80**

Verdacht oder Bestätigung von Erregern innert 2 Stunden melden

# Meldepflichtige Krankheiten / BAG / Internetseite

## Meldefomulare [Melden \(admin.ch\)](#)

Systeme für Infektionskrankheiten

Meldepflichtige  
Infektionskrankheiten

n

## Infektionskrankheiten melden

Auf dieser Seite finden Sie die Meldeinformationen für alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten, Erläuterungen zum Vorgehen sowie die Liste der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte. Beachten Sie die aktuellen Anweisungen und Kriterien zu Covid-19 und Affenpocken.

### Covid-19-Meldung

Seite wird regelmässig aktualisiert.  
Die Meldung über die Website vornehmen und keine  
vorgedruckten Formulare aufbewahren.

### Klinische Befunde Covid-19

Ärztinnen und Ärzte bzw. Spitäler melden gemäss **Meldekriterien** an das Kantonsarztamt und das BAG.

Sofern die aktuellen Meldekriterien erfüllt sind, melden Sie innerhalb von 24 Stunden den **klinischen Befund** von



- Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen
- hospitalisierten Personen
- verstorbenen Personen

### Klinische Befunde sind elektronisch zu melden

1. Öffnen Sie den folgenden Link: <https://forms.infreport.ch>
2. Melden Sie sich über Ihren HIN-Account oder über CH-Login an.
3. Erfassen Sie einmalig Ihre Koordinaten. Diese werden anschliessend automatisch für die von Ihnen erfassten Meldungen übernommen.
4. Unter dem Menüpunkt «Covid-19» können Sie die klinischen Befunde erfassen.
5. Nach der Erfassung laden Sie das PDF des Meldefomulars herunter und übermitteln es dem zuständigen kantonsärztlichen Dienst.

Ist die elektronische Übermittlung der klinischen Befunde nicht möglich, verwenden Sie das PDF-Meldefomular:

[Meldefomular zum klinischen Befund \(PDF, 31 kB, 08.09.2022\)](#)

# Meldepflichtige Krankheiten / BAG / Internetseite

Schweizerische Eidgenossenschaft Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Confédération suisse Bundesamt für Gesundheit BAG  
Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

2022V15  
BAG Meldeportal: <https://forms.infr.ch>  
BAG HIN secured: covid-19@hin.infr.ch

## Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund oder Klinischen Befund nach Tod innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG. \*

**Patientin**  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  m  f  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Wohnort, falls nicht CHE/L: \_\_\_\_\_

**Diagnose**  
Manifestation:  Symptome kompatibel mit Covid-19  andere Symptome  keine Symptome  
Manifestationsbeginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Radiologie: CT-Scan verwertbar mit COVID-19:  ja  nein

**Verlauf**  
Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein  
Falls ja: Grund für den Spitälerenthalt:  COVID-19  andere:  
Behandlung auf der IPS:  ja  nein  
Klinische Bestimmung:  ja  nein  
Komplikationen:  Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt)  ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  
 keine  andere: \_\_\_\_\_  
Todesfälle:  ja, Todesdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein  
Falls ja: Hauptursache:  COVID-19  andere  unklar  
Todesort:  Spital  Alters- und Pflegeheim  andere sozialmedizinische Institution:  
 anderer Todesort: \_\_\_\_\_

**Injektionsstatus vor Krankheitsbeginn**  
Geimpft gegen COVID-19:  ja  nein  unbekannt  
Falls ja: letzte Dosis vor  < 6 Monaten  6 - 12 Monaten  > 12 Monate  unbekannt  
Injektion letzte Dosis (Markenname): \_\_\_\_\_

**Exposition** In den letzten 14 Tagen  ja  nein  unbekannt  
Wohnt in:  Bewohner Alters- und Pflegeheim oder sozialmedizinische Institution:  ja  nein  
Falls ja: Institution (Name/Tel.): \_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit als Medizinisch- oder Pflegepersonal:  ja  nein  unbekannt

**Risikofaktoren**  
COVID-19 relevante Vorerkrankungen:  ja  nein  unbekannt  
Immundefizienz:  ja  nein  unbekannt  
Schwangerschaft:  ja  nein  unbekannt

**Bemerkungen**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\* Aktuelle Formulare abrufen unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/medien>  
\* COVID-19 als Grundursache oder vermeintliche Todesursache  
\* Informationen zu Kategorien besonders gefährdeter Personen: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/medien/Personen-nd>  
\* Aufhebung zu Immundefizienz unter ärztlichen/Therapie, die das Immunsystem schwächt: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/medien/Personen-nd>

20220909V15



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

2022V15  
leer lassen

BAG Meldeportal: <https://forms.infr.ch>  
BAG HIN secured: covid-19@hin.infr.ch

## Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund oder klinischen Befund nach Tod innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG

Alle Meldungen zum klinischen Befund für COVID-19 wurden zusammengefasst (Tod, Hospitalisierung, Pflegeheim) und sind elektronisch oder als PDF-Datei verfügbar.

# Meldepflichtige Krankheiten BAG / Internetseite

Der Bundesrat > EDI > BAG

Kontakt Medien Jobs Leichte Sprache Gebärdensprache **DE FR IT EN**

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG

Suche

Begriffe A-Z

Das BAG Gesund leben **Krankheiten** Medizin & Forschung Versicherungen Strategie & Politik Berufe im Gesundheitswesen Gesetze & Bewilligungen Zahlen & Statistiken

Bundesamt für Gesundheit BAG > Krankheiten > Infektionskrankheiten bekämpfen > Meldesysteme für Infektionskrankheiten > Meldepflichtige Infektionskrankheiten >

**Erreger**

- Affenpocken
- AIDS
- Botulismus
- Anthrax/Milzbrand
- Brucellose
- Campylobacteriose
- Carbapenemase bildende Enterobacteriaceae
- Chikungunya
- Chlamydiose
- Cholera
- Covid-19
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- Dengue-Fieber
- Diphtherie

**Meldung**

- Meldung zum klinischen Befund (PDF, 113 kB, 14.04.2022)
- Meldung zum laboranalytischen Befund (PDF, 346 kB, 09.12.2022)

**Erreger**

- Corynebacterium diphtheriae

**Meldung**

- Ebola
- Enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC)



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020

## Diphtherie

Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt an Kantons- (nicht direkt)

**Patient/in**  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

**Diagnose und Manifestation** (Bitte alle beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen:  Erkrankung der oberen Luftwege mit  Laryngitis  Nasopharyngitis  Tonsillitis  
 adhärenzte Membran/Pseudomembran  
 Hautläsion, wo? \_\_\_\_\_  
 Läsion Augenbindehaut oder Schleimhäute  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

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

**Labor** Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material:  Rachenabstrich  Hautabstrich  anderes: \_\_\_\_\_

**Verlauf**  
Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  
Zustand:  Tod, Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Behandlung: Antitoxin:  ja, Datum Beginn: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  nein

**Impfstatus vor Krankheitsbeginn**  
Gemäss:  Impfausweis  Anamnese  
Geimpft gegen Diphtherie:  ja, mit total \_\_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt  
1. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_  
2. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_  
3. Dosis im Jahr: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_  
Letzte Dosis im Jahr/Mt: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ mit Impfstoff: Markenname: \_\_\_\_\_

**Exposition** ≤7 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-5 Tage)  
Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ oder Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Wie:  Patientenkontakt: Kollektiv oder Anlass: \_\_\_\_\_  
Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wieviele: \_\_\_\_\_  nein

**Bemerkungen**

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

**Kantonsarzt/-ärztin**

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

\* Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

# Meldepflichtige Krankheiten BAG / Internetseite

Meldung aller anderen meldepflichtigen  
Infektionskrankheiten

## ▼ Ausbruch VRE (Vankomycin-resistente Enterokokken)

### Meldung

 [Meldung zum epidemiologischen Befund \(PDF, 106 kB, 13.06.2022\)](#)

### Info

 [Einführung der Meldepflicht für Ausbruch VRE \(PDF, 66 kB, 13.06.2022\)](#)

### Meldekriterien

≥ 3 Patientinnen/Patienten mit positiven laboranalytischen Befunden für VRE und einem epidemiologischen Zusammenhang.

## > Aussergewöhnlicher Befund

## ▼ Häufung von Befunden

### Meldung

 [Meldung zum klinischen Befund \(Häufung von Befunden\) \(PDF, 107 kB, 13.06.2022\)](#)

 [Meldung zum laboranalytischen Befund \(PDF, 346 kB, 09.12.2022\)](#)



# Meldepflichtige Krankheiten

## BAG / Internetseite > **Aussergewöhnlicher Befund**

Meldung aller anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten

### ▼ Aussergewöhnlicher Befund

#### Meldung

Telefonisch innerhalb 2 Stunden an die zuständige Kantonsärztin / den zuständigen Kantonsarzt und an das BAG, Abteilung Übertragbare Krankheiten melden:

- zu Bürozeiten +41 58 463 87 06,
- ausserhalb der Bürozeiten +41 58 463 87 37 (ausschliesslich für die 2h-Meldungen reserviert)

 [Protokoll einer telefonischen Erstmeldung \(PDF, 123 kB, 09.12.2022\)](#)

 [Meldung zum laboranalytischen Befund \(PDF, 114 kB, 09.12.2022\)](#)

#### Meldekriterien

Klinischer Verdacht **und** Rücksprache mit Fachärztin oder Facharzt für Infektiologie **und** Veranlassung einer erregerspezifischen Labordiagnostik.

# Meldepflichtige Infektionskrankheiten – Wöchentliche Fallzahlen



## Aktuelle Meldungen meldepflichtiger Infektionskrankheiten.

Stand am Ende der 36. Woche (11.09.2023)<sup>a</sup>

	Woche 36			letzte 4 Wochen			letzte 52 Wochen			seit Jahresbeginn		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
<b>Respiratorische Übertragung</b>												
Haemophilus influenzae: invasive Erkrankung	1	1		5	8	4	141	114	67	88	79	46
	0.60	0.60		0.70	1.20	0.60	1.60	1.30	0.80	1.40	1.30	0.80
Influenzavirus-Infektion, saisonale Typen und Subtypen <sup>b</sup>	4	26	2	26	103	7	24291	12007	101	12655	11579	40
	2.40	15.40	1.20	3.80	15.20	1.00	276.70	136.80	1.20	208.20	190.50	0.70
Legionellose	19	14	15	76	61	65	662	647	594	412	418	448
	11.30	8.30	8.90	11.30	9.00	9.60	7.50	7.40	6.80	6.80	6.90	7.40
Masern							33			32		
							0.40			0.50		
Meningokokken: invasive Erkrankung				2	1		35	11	7	25	7	4
				0.30	0.20		0.40	0.10	0.08	0.40	0.10	0.07
Pneumokokken: invasive Erkrankung	12	4	11	29	17	39	965	631	406	633	430	298
	7.10	2.40	6.50	4.30	2.50	5.80	11.00	7.20	4.60	10.40	7.10	4.90

# Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten TBC

Schweizerische Eidgenossenschaft  
 Confédération suisse  
 Confederazione Svizzera  
 Confederaziun Svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
 Bundesamt für Gesundheit BAG  
 Division Bereich Öffentliche Gesundheit

2020  
 2020/0000

**Tuberkulose (TB)** Meldung zum klinischen Befund  
 Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsarzt/-ärztin senden (nicht direkt ans BAG)

**Patienten**  
 Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Geschlecht:  m  f  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Wohnortland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_  
 Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_  
 Bei Personen mit Nationalität/Geburtsland anders als CH, Datum der Einreise in die Schweiz (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Diagnose und Manifestation**  
 Befallene Organe:  
 Lunge  extrathorakale Lymphknoten  extrathorakale Lymphknoten  
 Pleura  Meningen  ZNS (nicht meningaal)  
 urogenital  Peritoneum/Verdauungstrakt  disseminierte Form  
 Wirbelsäule  Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule)  andere Lokalisationen: \_\_\_\_\_  
 Labor: Name/Titel: \_\_\_\_\_

Bei mehreren Proben aus dem gleichen Material mit diskontanten Resultat: bitte nur die positiven Resultate ankreuzen.

Spezimen	Quine PCR (Xpert®)				Mikroskopie				Kultur			
	pos	neg	auswert.	nicht durchgef.	pos	neg	auswert.	nicht durchgef.	pos	neg	auswert.	nicht durchgef.
Sputum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchoalveolär lavage/flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Material:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Verlauf**  
 Anamnese: Wurde jemals eine TB diagnostiziert?  ja  nein  unbekannt  
 Falls ja, Datum der Diagnose (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  unbekannt  
 Frühere Behandlung mit Antituberkulotika während > 1 Monat?  ja  nein  unbekannt  
 Falls ja, wann (Monat/Jahr): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  unbekannt

**Aktuelle Therapie**  
 Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Datum geplanter Therapieabschluss: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medikamente bei Beginn der Behandlung:  Isoniazid  Rifampicin  Pyrazinamid  Ethambutol  
 Delamanid  Bedaquilin  Moxifloxacin  Linezolid  
 anderes Antituberkulotikum: \_\_\_\_\_  
 Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn?  ja  nein

**Bemerkungen**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: Name, Adresse, Tel, Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_ Behandelndes Arzt/Ärztin: Name, Adresse: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Kantonsarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_  
 Massnahmen:  nein  ja \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Mitgeteilt an der Wohnkanton des Patienten/in, bei fehlenden Wohnkanton der Ort der Behandlung. Bitte melden Sie alle kulturell bestätigten Tuberkulosefälle sowie alle anderen Fälle, bei denen eine Behandlung mit mindestens drei Medikamenten begonnen wurde.  
 Aktuelle Formulare abrufbar unter <http://tbcwww.bag.admin.ch/tbcreporting>

**Aktuelle Therapie:** Datum Therapiebeginn (oder der Diagnose falls keine Behandlung begonnen): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Datum geplanter Therapieabschluss: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Medikamente bei Beginn der Behandlung:  Isoniazid  Rifampicin  Pyrazinamid  Ethambutol  
 Delamanid  Bedaquilin  Moxifloxacin  Linezolid  
 anderes Antituberkulotikum: \_\_\_\_\_  
 Falls keine Behandlung, Tod vor Therapiebeginn?  ja  nein

# Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020

**Masern** Meldung zum klinischen Befund

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

**PatientIn**  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  m  f  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

**Diagnose und Manifestation** (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)  
Manifestation:  makulopapulöses Exanthem; Beginn des Exanthems (oder Symptome falls kein Exanthem): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
 Fieber  Husten  Konjunktivitis  Rhinits  andere: \_\_\_\_\_  keine Symptome  
Konsultationsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Labor:  
Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Resultat, falls bekannt: Masern-IgM  pos.  neg. Genontest (PCR):  pos.  neg.  unbekannt

**Verlauf**<sup>b</sup>  
Hospitalisation:  ja, Name und Adresse des Spitals: \_\_\_\_\_  nein  
Komplikationen:  Pneumonie  Enzephalitis  Otitis media  andere: \_\_\_\_\_  keine

**Impfstatus vor Krankheitsbeginn**  
Gemäss:  Impfausweis/Krankengeschichte  Anamnese  
Geimpft gegen Masern:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt  
Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exposition** in den 7 - 21 Tagen vor Beginn des Exanthems  
Wo:  CH  Ausland, Land: \_\_\_\_\_ Ort (CH & Ausland): \_\_\_\_\_  unbekannt  
Wann: Expositionsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für Ausländer): Beginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt  
Wie:  Krippe  Schule  Familie  andere: \_\_\_\_\_  unbekannt

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall:  ja  nein  unbekannt  
Weitere Fälle im Umfeld:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wie viele: \_\_\_\_\_  nein  unbekannt  
Exponierte Personen während der infektiösen Periode (4 Tage vor bis 4 Tage nach Exanthembeginn):  Familie / soz. Umfeld  Arbeit, Krippe, Schule, Sportteam  
 Spital, Heim, Praxis  identifizierbare Passagiere (Flug, Kreuzfahrt, Pauschalreise)  
 andere: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel./Fax (oder Stempel): \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt/-ärztin Kenntnis von diesem Fall erstmals erhalten am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (per Fax, Post, Telefon, Mail, etc.)

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

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/info/reporting>  
<sup>b</sup> Bei Spitalauftritt nach Hospitalisation oder im Todesfall muss innerhalb einer Woche eine Ergänzungsmeldung nachgereicht werden



**Wichtig: Bei Verdacht melden**

2020  
leer lassen

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

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis/Krankengeschichte  Anamnese

Geimpft gegen Röteln:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Erste Dosis, Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Zweite Dosis, Impfstoff (Markenname): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exposition** in den 14 - 21 Tagen vor Beginn des Exanthems

# Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten Syphilis

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsteilbereich Öffentliche Gesundheit

2022

**Syphilis** Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG)\*

Patientin  
Initiale Name: \_\_\_\_\_ Initialer Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender:  m  f  trans (MF)<sup>a</sup>  trans (FM)<sup>a</sup>  VGG<sup>b</sup>  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_  
Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

Diagnose und Manifestation  
Folgebefund:  
Bitte nur 1  ja  nein  unklar angekreuzen

**Beginn einer Syphilis-Behandlung** (neue Krankheitsepisode, die noch nicht gemeldet wurde, prophylaktische Partnerbehandlungen sind nicht zu melden)<sup>c</sup>  
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen

**Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

**Seronarbe** (frühere Infektion, keine aktive Syphilis)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

Stadium:  
 Primäre Syphilis Ort der Primärdiagnose:  Genitalbereich  Analbereich  Mundhöhlenbereich  
 Sekundäre Syphilis  andere: \_\_\_\_\_  unbekannt  
 Frühe Latenzphase (> 1 Jahr nach initialer Infektion)  
 Späte Latenzphase (> 1 Jahr nach initialer Infektion)  
 Tertiäre Syphilis Leitsymptom: \_\_\_\_\_  
 unbekannt  
Manifestationsbeginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  mit neurologischen Begleitsymptomen

Anlass für Konsultation:  Symptome  Exposition  individueller Checkup<sup>d</sup>  Screening<sup>e</sup>  
 andere: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  Abort auf Grund einer Syphilis-Infektion

Exposition (aus Sicht des Arztes / der Ärztin; bitte die wahrscheinlichste Möglichkeit angeben):  
Wo:  CH, Ort: \_\_\_\_\_  Ausland, Land: \_\_\_\_\_  unbekannt  
Wie (Übertragungsweg):  Sexualkontakt mit  m  f  trans (MF)<sup>a</sup>  trans (FM)<sup>a</sup>  VGG<sup>b</sup>  
 anderer Übertragungsweg (z.B. Kongenital) \_\_\_\_\_  nicht erweiterbar  
Bei Übertragung durch Sexualkontakt, Art der Beziehung:  
 anonym Partner  bekannter Partner  bezauberter Sex  nicht erweiterbar

Frühere Syphilis-Infektion:  ja  nein  unbekannt

Massnahmen (für STI<sup>f</sup> empfohlen)  
Wurde jemals ein HIV-Test durchgeführt?  ja  nein  unbekannt  
Wurden die Sexualpartner über die Syphilis-Diagnose informiert?  ja  nein  unbekannt  
Widerrufe die Behandlung der Sexualpartner gegen Syphilis verweigert?  ja  nein  unbekannt

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., (oder Stempel) \_\_\_\_\_ Bemerkungen \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsberufung, offizielle Bezeichnung der Anstalt: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt/-ärztin Name, Adresse, Tel., (oder Stempel) \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\* Aktuelle Formulare abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/sti/reporting>  
<sup>a</sup> MF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär; FM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär; VGG = Variante der Geschlechtsbezeichnung (Intersexe)  
<sup>b</sup> Keine Meldung von Beziehungen, die sich im Nachhinein als nicht indiziert erweisen  
<sup>c</sup> Individuelles Testen z.B. bei MSM, bei Personen >65 Jahren im Rahmen eines Gesundheitschecks, etc.  
<sup>d</sup> Vorange- bzw. Referenzuntersuchungen in spezifischen Zielgruppen, z.B. Schwangeren, Rekruten, Rückpendler oder Studienteilnehmende  
<sup>e</sup> STI = sexual übertragbare Infektion  
<sup>f</sup> Personen mit einer sexual übertragbaren Infektion sollten auf HIV getestet werden

- Beginn einer Syphilis-Behandlung** (neue Krankheitsepisode, die noch nicht gemeldet wurde, prophylaktische Partnerbehandlungen sind nicht zu melden)<sup>c</sup>  
→ bitte dieses Meldeformular VOLLSTÄNDIG ausfüllen
- Verlaufskontrolle** (Krankheitsepisode wurde bereits gemeldet)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten
- Seronarbe** (frühere Infektion, keine aktive Syphilis)  
→ bitte Formular direkt an den Kantonsarzt senden OHNE die nachfolgenden Fragen zu beantworten

# Meldepflichtige Krankheiten / BAG / Internetseite

## Besonderheiten TBC

### ▼ Tuberkulose

#### Erreger

Mycobacterium tuberculosis-Komplex

#### Meldung

 [Meldung zum klinischen Befund \(PDF, 100 kB, 13.06.2022\)](#)

 [Ergänzungsmeldung zum klinischen Befund \(PDF, 177 kB, 02.02.2023\)](#)

 [Meldung zum laboranalytischen Befund \(PDF, 123 kB, 29.06.2023\)](#)



# Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten

## Zusätzliche Ergänzungsmeldung

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020/12

Sie ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärzt\*in-vert senden (nicht direkt ans BAG)\*

### Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

Patient\*in  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  m  f

Verlauf  
Datum des Behandlungsbegins: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Datum der klinischen Beurteilung: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Behandlungsergebnis/Behandlungsergebnis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Datum der letzten Tablettenaufnahme: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Behandlungsergebnis  
Bitte nur eine Antwort ankreuzen

**Gehäufte Lungentuberkulose:** Patient mit beim Behandlungsbegins bakteriologisch bestätigter Lungentuberkulose, der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde und bei dem der Erfolg mikrobiologisch bestätigt wurde. Bei rezidivierender Tuberkulose muss die Konversion mittels Kultur nachgewiesen werden.

**Therapie abgeschlossen:** Patient, bei dem die Behandlung klinisch als Erfolg beurteilt wird und der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde, eine mikrobiologische Bestätigung aber nicht möglich respektive nicht zumutbar ist.

**Therapieversagen:** Patient, bei dem die Behandlung mit Isoniazid, Rifampin, Ethambutol und/oder Pyrazinamid gewechselt werden muss, weil

- die Behandlung klinisch nicht anspricht und/oder die Kulturen positiv bleiben.
- unerwünschte Wirkungen auf die Medikamente aufgetreten sind.
- ein Labor-Resistenztest.

**Todesfall:** Patient, der vor Behandlungsbegins oder während der Behandlung aufgrund von TB oder anderen Gründen verstorben ist.

**Therapieunterbruch:** Patient, bei dem die Behandlung während mehr als 2 aufeinander folgenden Monaten oder länger unterbrochen wurde.

**Überweisung an eine andere Behandlungseinheit**  
Name/Vorname des/der neuen behandelnden Arzt\*Ärztin: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

**Unbekanntes Behandlungsergebnis:** Patient, bei dem eine Zuordnung zu den oben genannten Kategorien nicht möglich ist.

**Kleine Tuberkulose:** Die laboranalytischen Befunde zeigen im Verlauf, dass es sich nicht um Tuberkulose handelt (z.B. atypische Mykobakterien, Kontamination, Fehler in der Analytik)

Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt\*Ärztin Name, Adresse, Tel. oder Stempel  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt\*Ärztin

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt\*Ärztin

\*Aktuelle Formulare abrufen unter <https://www.bag.admin.ch/info/berufung> 2020/11/20

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020/12

Sie ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärzt\*in-vert senden (nicht direkt ans BAG)\*

### Masern Ergänzungsmeldung

Patient\*in  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  m  f

Verlauf  
Hospitalisation  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Austrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein  
Grund: \_\_\_\_\_ Aufenthalt auf der Intensivstation:  ja, Anzahl Tage: \_\_\_\_\_

Komplikationen:  Pneumonie  Enzephalitis  Otitis media  andere: \_\_\_\_\_  keine

Zustand  geheilt / rekonvaleszent  Tod, Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Folgeschäden, welche: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren  
 keine bekannt  
 Immunschwäche / Immunsuppression  
 bestehende Schwangerschaft

Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt\*Ärztin

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kantonsarzt\*Ärztin

\*Aktuelle Formulare abrufen unter <https://www.bag.admin.ch/info/berufung> 2020/11

Vertretbarkeit

# Meldepflichtige Krankheiten > Schlechtes Beispiel

Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020  
Jahr/Monat

**Enzephalopathie** Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG)\*

Patientenname: [REDACTED] Geburtsdatum: 05.07.1957 Geschlecht:  w  m  
NPA/Domicile: [REDACTED] Canton: FR Tel.: [REDACTED]  
Nationalität:  CH  autre: [REDACTED] pays de résidence, si pas CH: [REDACTED]

Diagnostik und manifestation  
 Diagnostic:  méningite  méningoencéphalite  encéphalomyélite  radculite  autre: [REDACTED]  
 Manifestations:  à l'endroit de la piqûre de tique  générale  autre: **ophtalmes + EF**  
 Début des manifestations: date: 10.05.2022  inconnu  
 Laboratoire: nom/tel.: ADHEO 032 967 21 01  
 motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: [REDACTED]  
 prélèvement: date: 15.5.22  matériel: **CSF sérologie**

Antécédents de dengue/hépatite C/ vaccination contre le virus jaune:  oui, date: [REDACTED]  non  inconnu

Evolution  
 Hospitalisation:  oui, date d'entrée: 28.5.22  non  inconnu  
 Etat:  guéri  décès, date du décès: [REDACTED]  séquelles: [REDACTED]  autre: [REDACTED]

Statut vaccinal avant le début de la maladie  
 d'après:  carnet de vaccination/dossier médical  anamnèse  
 Vacciné contre l'encéphalite à tiques:  oui, au total [REDACTED] doses  non  inconnu  
 dernière dose antérieure: [REDACTED] avec produit (nom commercial): [REDACTED]

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)  
 piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie  
 CH, détails du lieu: [REDACTED]  séjour seulement à domicile  
 étranger, pays: [REDACTED]  inconnu  
 date d'exposition: 9.5.22  inconnu  
 pendant activité professionnelle  
 au service militaire  
 transfusion sanguine dans les 4 semaines avant le début de la maladie, date de la transfusion: [REDACTED]  
 institution (nom, adresse): [REDACTED]  
 autre: [REDACTED]  
 inconnu

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou téléc): [REDACTED] Remarques: [REDACTED]  
 Date: 28.5.22 signature: [REDACTED]  
 Médecin cantonal: [REDACTED]  
 Mesures:  non  oui date: 7.7.2022 signature: [REDACTED]

\*Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infrereporting>

Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Departement fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

2020  
Jahr/Monat

**Encéphalite à tiques** Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP)\*

Patient(e) nom/prénom: [REDACTED] naissance: 19.81  
 Genre:  M  F trans (MF)\*  trans (FM)\*  VDS\*  
 NPA/Domicile: 1700 Fabrevaux Canton: FR pays de résidence, si pas CH: [REDACTED]  
 Nationalité:  CH  autre: [REDACTED] pays d'origine:  CH  autre: [REDACTED]

Diagnostic et manifestation  
 J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour cette patient(e):  oui  
 Si «oui», veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.  
 Diagnostic connu depuis plus d'un an par le médecin ou le/la patient(e):  oui (année): [REDACTED]  non  
 Date du diagnostic: 10.12.22 (documenté)  
 Manifestations actuelles:  ictere  transaminases > 2.5x 1  autre: **Espace de diagnostic hép. B**  
 Début de la manifestation: date: [REDACTED]  inconnu  
 Laboratoire: nom/tel.: UCL  
 Motif:  suspicion clinique  exposition  dépistage  autre: **cf supra**  
 Séroconversion documentée\*:  oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: [REDACTED]  non  inconnu

Evolution  aiguë  chronique  cirrhotique  hépatocarcinome

Statut vaccinal  
 Vacciné(e) contre l'hépatite B:  oui, total de doses: [REDACTED]  non  inconnu  
 vaccin (nom commercial), 1<sup>er</sup> dose: [REDACTED] date: [REDACTED]  
 vaccin (nom commercial), dernière dose: [REDACTED] date: [REDACTED]

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination?  oui  non  pas clair

Exposition  
 au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)  
 Où:  CH  étranger, pays: [REDACTED]  
 Quand: date d'exposition: [REDACTED]  inconnu  
 Comment:  périnatale  contact avec personne infectée:  dans la famille  sur le lieu de travail: [REDACTED]  
 contact sexuel avec personnes infectées:  femme  homme  transgenre  
 consommation de drogues par injection ou sniff  
 transfusion(s), année(s): [REDACTED]  
 dialyse  
 profession de la santé: [REDACTED]  
 autre: [REDACTED]  inconnu/autre voie de transmission: [REDACTED]

Personnes exposées:  oui  non  inconnu si oui:  partenaire sexuel  membres d'un ménage  enfant à naître ou nouveau-né  autres: [REDACTED]

Activité professionnelle: **Inconnue**

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou téléc): [REDACTED] Remarques: [REDACTED]  
 Date: 21.2.22 signature: [REDACTED]  
 en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: [REDACTED]  
 Médecin cantonal: [REDACTED]  
 Mesures:  non  oui date: 28.5.2022 signature: [REDACTED]

\*Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infrereporting>

Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Departement fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

2020  
Jahr/Monat

**Hépatite B** Déclaration du résultat d'analyse clinique

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP)\*

Patient(e) nom/prénom: [REDACTED] naissance: 19.81  
 Genre:  M  F trans (MF)\*  trans (FM)\*  VDS\*  
 NPA/Domicile: 1700 Fabrevaux Canton: FR pays de résidence, si pas CH: [REDACTED]  
 Nationalité:  CH  autre: [REDACTED] pays d'origine:  CH  autre: [REDACTED]

Diagnostic et manifestation  
 J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour cette patient(e):  oui  
 Si «oui», veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.  
 Diagnostic connu depuis plus d'un an par le médecin ou le/la patient(e):  oui (année): [REDACTED]  non  
 Date du diagnostic: 10.12.22 (documenté)  
 Manifestations actuelles:  ictere  transaminases > 2.5x 1  autre: **Espace de diagnostic hép. B**  
 Début de la manifestation: date: [REDACTED]  inconnu  
 Laboratoire: nom/tel.: UCL  
 Motif:  suspicion clinique  exposition  dépistage  autre: **cf supra**  
 Séroconversion documentée\*:  oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: [REDACTED]  non  inconnu

Evolution  aiguë  chronique  cirrhotique  hépatocarcinome

Statut vaccinal  
 Vacciné(e) contre l'hépatite B:  oui, total de doses: [REDACTED]  non  inconnu  
 vaccin (nom commercial), 1<sup>er</sup> dose: [REDACTED] date: [REDACTED]  
 vaccin (nom commercial), dernière dose: [REDACTED] date: [REDACTED]

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination?  oui  non  pas clair

Exposition  
 au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)  
 Où:  CH  étranger, pays: [REDACTED]  
 Quand: date d'exposition: [REDACTED]  inconnu  
 Comment:  périnatale  contact avec personne infectée:  dans la famille  sur le lieu de travail: [REDACTED]  
 contact sexuel avec personnes infectées:  femme  homme  transgenre  
 consommation de drogues par injection ou sniff  
 transfusion(s), année(s): [REDACTED]  
 dialyse  
 profession de la santé: [REDACTED]  
 autre: [REDACTED]  inconnu/autre voie de transmission: [REDACTED]

Personnes exposées:  oui  non  inconnu si oui:  partenaire sexuel  membres d'un ménage  enfant à naître ou nouveau-né  autres: [REDACTED]


Activité professionnelle: **Inconnue**

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou téléc): [REDACTED] Remarques: [REDACTED]  
 Date: 21.2.22 signature: [REDACTED]  
 en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: [REDACTED]  
 Médecin cantonal: [REDACTED]  
 Mesures:  non  oui date: 28.5.2022 signature: [REDACTED]

\*Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infrereporting>



## Überwachung grippeähnlicher : Verlauf der Grippeepidemie



**OFSP** / situation  
épidémiologique



- **«Sentinelle» System**
- **Sentinel-System in Spitälern «CH-SUR»**
- **Obligatorischen Meldesystem**

