



# Cholera

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nationalität:  CH  andere: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation

Diagnose:  dehydrierende Cholera  andere: \_\_\_\_\_

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

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_

Anlass:  klinischer Verdacht  Exposition  Zufallsbefund  anderer: \_\_\_\_\_

Entnahme: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  nein  unbekannt

Zustand:  Tod: Datum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis/Krankengeschichte  Anamnese

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

Letzte Dosis im Jahr/Mt: \_\_\_\_\_ mit Impfstoff, Markenname: \_\_\_\_\_

### Exposition ≤7 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit ½ - 5 Tage)

Wo:  Land: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  unbekannt

Wann: Expositionsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ODER Datum der Einreise in CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Wie:  Speisen/Getränke (Einzelheiten): \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_  unbekannt

Exponierte Personen:  ja, welche: \_\_\_\_\_ wieviele: \_\_\_\_  nein  unbekannt

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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