



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

# Hepatitis E

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

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

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

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

### Diagnose und Manifestation Bitte alle beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen:  Fieber  Oberbauchschmerzen  
 Gliederschmerzen  Appetitlosigkeit  
 Übelkeit  Ikterus  
 neurologische: \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

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

Risikofaktoren:  vorbestehende Lebererkrankung: \_\_\_\_\_  
 Schwangerschaft  
 andere (z.B. Diabetes, Krebs, Immunsuppression, Transplantation): \_\_\_\_\_  
 keine  unbekannt

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

### Verlauf

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

### Exposition (Inkubationszeit ca. 3 - 8 Wochen)

Kein Auslandsaufenthalt in den 60 Tagen vor Manifestationsbeginn

Auslandsaufenthalt in den 60 Tagen vor Manifestationsbeginn

Land: \_\_\_\_\_ Datum von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ Datum von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ Datum von: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Mögliche Exposition durch Transfusion/Blutprodukte, Jahr: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

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

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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