



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

# Listeriose

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH/FL: \_\_\_\_\_

### Diagnose und Manifestation bitte ALLE beobachteten Symptome/Befunde ankreuzen

Manifestationen:  bei **erwachsener** Person (ausser schwangerer Frau) sowie einem **Kind** (älter als 1 Monat):  
 Fieber  Meningitis oder Meningoenzephalitis  Sepsis  
 lokalisierte Infektion (z.B. Arthritis, Endokarditis): \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

in **Schwangerschaft**  
 Abort, Fehlgeburt, Totgeburt  Frühgeburt, Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

bei **Neugeborenem** (jünger als 1 Monat)  
 Granulomatosis infantiseptica  Meningitis oder Meningoenzephalitis  
 Sepsis  Dyspnoe  Haut-, Schleimhaut- oder Bindehautläsionen  
 andere: \_\_\_\_\_  keine  unbekannt

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

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_  
Entnahme: Datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

### Verlauf

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

### Bemerkung

**Arzt/Ärztin** Name, Adresse, Tel. oder Stempel

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

### Kantonsarzt/-ärztin

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

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