ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Übertragbare Krankheiten
Meldepflichtige Krankheiten

Einführungstag in die Gesundheitssysteme der Schweiz und des Kantons Freiburg, 03.10.2025



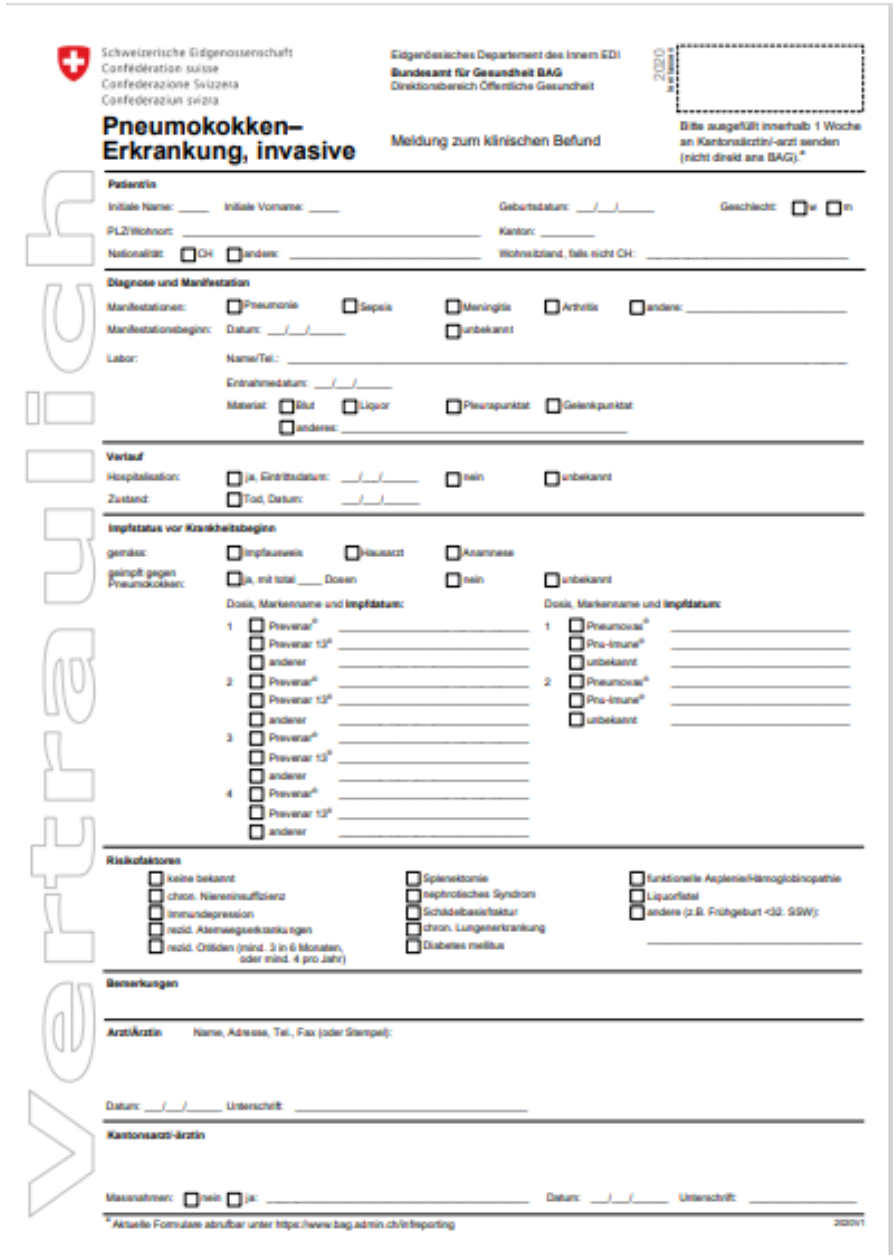
Evelyne Huber, Pflegefachfrau öffentliche Gesundheit, Chefin Sektor Pflege

Inhalt

Gesetzesgrundlagen

Meldepflichtige Krankheiten

- Website des BAG und Links
- Formulare
- Besonderheiten
- Bewährte Verfahren



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020

Pneumokokken–Erkrankung, invasive

Meldung zum klinischen Befund

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

Vertraulich

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

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

2020V1



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 von Werktagen**)
- Meldekriterien (**bei Verdacht oder bei positivem laboranalytischem** Befund)
- **Datendetails** (Person, Beobachtung)
- **Digitalisierung** des Meldesystems
- Link BAG



Gesetzesgrundlagen

Gesundheitsgesetz (GesG / vom 16. November 1999)

Meldepflicht (Art. 119)

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 Gesetzesgrundlage zur Entschädigung der Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte.

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-Webseite > Krankheiten

Wem?

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

Meldepflichtige Krankheiten

Wozu?

- Ermöglicht es, **Massnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit** zu ergreifen
- **Epidemiologische Daten** für Präventionsprogramme, Impfempfehlungen
- **Quantitative Daten auf der Website des BAG** Zahlen zu Infektionskrankheiten, die wöchentlich im Bulletin des BAG veröffentlicht werden

Wöchentliche Fallmeldungen, Woche 32/2025, Stand am 11.08.2025

Datendetails	Erreger	aktuelle Situation
A		
Aids		Info
B		
Botulismus	*Clostridium botulinum*	
Brucellose	*Brucella*	
C		
Campylobacteriose	*Campylobacter*	
Chikungunya-Fieber	Chikungunya-Virus	
Chlamydiose	*Chlamydia trachomatis*	Info
Cholera	*Vibrio cholerae*	
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	Prionen	
D		
Dengue-Fieber, VHF	Dengue-Virus	
Diphtherie	*Corynebacterium diphtheriae*	
E		
Enterohämorrhagische E. coli (EHEC)	*Escherichia coli*	
G		
Gonorrhoe	*Neisseria gonorrhoeae*	Info
H		
Haemophilus influenzae, invasiv	*Haemophilus influenzae*	

Meldepflichtige Krankheiten

Alle Informationen auf der Website des BAG: Meldepflichtige Infektionskrankheiten



22. Gonorrhoe

Neisseria gonorrhoeae

	Ärztin/Arzt	Labor
Meldekriterien	Positiver laboranalytischer Befund	Positiver laboranalytischer Befund mittels I. Kultur *oder* II. Sequenzanalyse (z. B. PCR, Sequenzierung, NGS)
Meldefrist	1 Woche	1 Woche
Adressat	Kantonsärztin/-arzt	Kantonsärztin/-arzt und BAG
Meldeweg	www.bag.admin.ch/infreporting	www.bag.admin.ch/infreporting
Personendaten	Initialen, Wohnort; Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit AHV-Nummer bei elektronischer Meldung	Initialen, Wohnort; Geburtsdatum, Geschlecht; AHV-Nummer bei elektronischer Meldung
Probenversand	An das übliche Auftragslabor	–

Meldepflichtige Krankheiten

Link: [Meldepflichtige Infektionskrankheiten]

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und Erreger **2025**

Krankheiten	Erreger	Frist	Personendaten		Arztmeldung[1]	Labormeldung[2]		
			Initialen	voller Name	Meldung zum klinischen Befund	Meldung zum positiven labor-analytischen Befund	Meldung zum negativen labor-analytischen Befund	Weiterleitung von Proben
Aids[3]	HI-Virus[3]	1 Woche	x[3]		x	x		x
Anthrax / Milzbrand	*Bacillus anthracis*	2 Stunden [4]		x	x[5]	x	x	x[9]
Botulismus	*Clostridium botulinum*	2 Stunden [4]		x	x[5]	x	x	x[9]
Brucellose	*Brucella spp.*	1 Woche	x		x	x		x[10]
Campylobacteriose	*Campylobacter spp.*	24 Stunden	x			x	x[18]	x[10]
Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae (CPE)	Carbapenemase-bildende Enterobacteriaceae (CPE)	1 Woche		x	x	x		x[9]
Chikungunya-Fieber	Chikungunya-Virus	24 Stunden		x	x	x	x[18]	x[10]
Chlamydiose	*Chlamydia trachomatis*	1 Woche	x			x		
Cholera	*Vibrio cholerae*	24 Stunden		x	x	x		x[9]
COVID-19	*SARS-CoV-2*	1 Woche		x		x	x	x[13]
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	Prionen	1 Woche		x	x	x	x[20]	x[11]
Dengue-Fieber	Dengue-Virus	24 Stunden		x	x	x	x[18]	x[10]
Diphtherie	*Corynebacterium diphtheriae* und andere toxin-bildende Corynebakterien (*C. ulcerans, C. pseudotuberculosis*)	24 Stunden		x	x	x	x	
Ebola-Fieber	Ebola-Virus	2 Stunden [4]		x	x[5]	x	x[12]	x[12]
Enterohämorrhagische *Escherichia coli*-Infektion (EHEC, VTEC, STEC)	Enterohämorrhagische *Escherichia coli* (EHEC, VTEC, STEC)	24 Stunden		x	x	x	x[18]	x[10]
Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME)	Zeckenenzephalitis-Virus	1 Woche	x		x	x	x[18]	
Gelbfieber	Gelbfieber-Virus	24 Stunden		x	x[5]	x	x[18]	x[10]
Gonorrhoe	*Neisseria gonorrhoeae*	1 Woche	x		x	x		

Meldepflichtige Krankheiten

Wie?

Mittels Meldeformular

- Sichere E-Mail: 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

Alle Formulare finden Sie auf der Website: Meldepflichtige Infektionskrankheiten

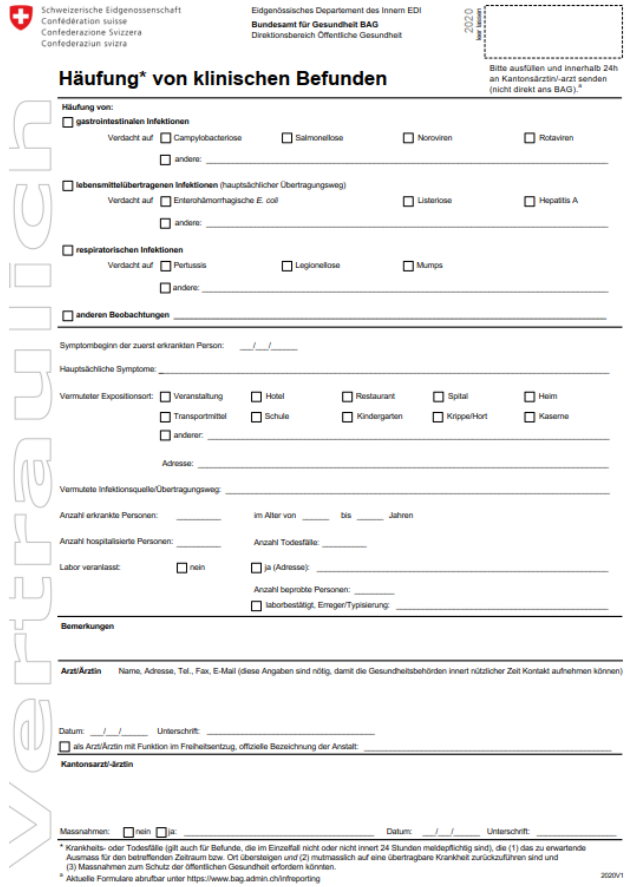


Seite wird regelmässig aktualisiert.
Die Meldung über die Website vornehmen und keine vorgedruckten Formulare aufbewahren.

Meldepflichtige Krankheiten

Alle Formulare finden Sie auf der Website: [Meldepflichtige Infektionskrankheiten]

Häufung von Befunden



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020 leer lassen

Bitte ausfüllen und innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).*

Häufung* von klinischen Befunden

Häufung von:

☐ **gastrointestinalen Infektionen**
Verdacht auf ☐ Campylobacteriose ☐ Salmonellose ☐ Noroviren ☐ Rotaviren
☐ andere: _____

☐ **lebensmittelübertragenen Infektionen** (hauptsächlicher Übertragungsweg)
Verdacht auf ☐ Enterohämorrhagische *E. coli* ☐ Listeriose ☐ Hepatitis A
☐ andere: _____

☐ **respiratorischen Infektionen**
Verdacht auf ☐ Pertussis ☐ Legionellose ☐ Mumps
☐ andere: _____

☐ **anderen Beobachtungen** _____

Symptombeginn der zuerst erkrankten Person: __/__/____

Hauptsächliche Symptome: _____

Vermuteter Expositionsort: ☐ Veranstaltung ☐ Hotel ☐ Restaurant ☐ Spital ☐ Heim
☐ Transportmittel ☐ Schule ☐ Kindergarten ☐ Krippe/Hort ☐ Kaserne
☐ anderer: _____

Adresse: _____

Vermutete Infektionsquelle/Übertragungsweg: _____

Anzahl erkrankte Personen: _____ im Alter von ____ bis ____ Jahren

Anzahl hospitalisierte Personen: _____ Anzahl Todesfälle: _____

Labor veranlasst: ☐ nein ☐ ja (Adresse): _____
Anzahl beprobte Personen: _____
☐ laborbestätigt, Erreger/Typisierung: _____

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax, E-Mail (diese Angaben sind nötig, damit die Gesundheitsbehörden innert nützlicher Zeit Kontakt aufnehmen können)

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

☐ als Arzt/Ärztin mit Funktion im Freiheitsentzug, offizielle Bezeichnung der Anstalt: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____ Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

* Krankheits- oder Todesfälle (gilt auch für Befunde, die im Einzelfall nicht oder nicht innert 24 Stunden meldepflichtig sind), die (1) das zu erwartende Ausmass für den betreffenden Zeitraum bzw. Ort übersteigen und (2) mutmasslich auf eine übertragbare Krankheit zurückzuführen sind und (3) Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erfordern könnten.

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

2020/V1

vertraulich

Häufung von Befunden

Meldung

Meldung zum klinischen Befund (Häufung von Befunden)

Häufung von klinischen Befunden
PDF | 110.25 kB | 13. Juni 2022

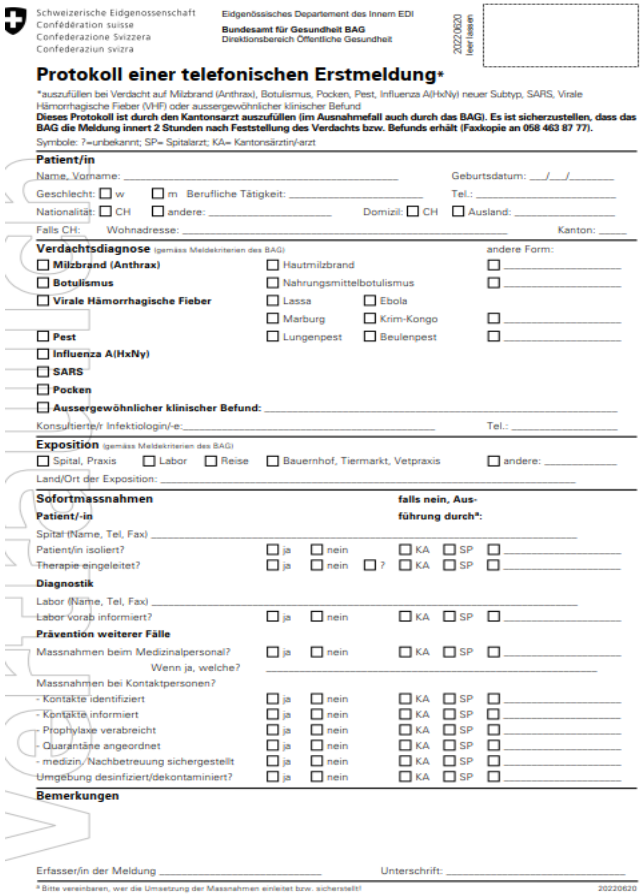
Meldung zum laboranalytischen Befund

Meldung zum laboranalytischen Befund
PDF | 481.58 kB | 7. Februar 2025

Meldepflichtige Krankheiten

Alle Formulare finden Sie auf der Website: [Meldepflichtige Infektionskrankheiten]

Aussergewöhnlicher Befund



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

20220620
Iher Initien

Protokoll einer telefonischen Erstmeldung*

*auszufüllen bei Verdacht auf Milzbrand (Anthrax), Botulismus, Pocken, Pest, Influenza A(HxNy) neuer Subtyp, SARS, Virale Hämorrhagische Fieber (VHF) oder aussergewöhnlicher klinischer Befund

Dieses Protokoll ist durch den Kantonsarzt auszufüllen (im Ausnahmefall auch durch das BAG). Es ist sicherzustellen, dass das BAG die Meldung innert 2 Stunden nach Feststellung des Verdachts bzw. Befunds erhält (Faxkopie an 058 463 87 77).

Symbole: ?=unbekannt; SP= Spitalarzt; KA= Kantonsärztin/-arzt

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/_____

Geschlecht: ☐ w ☐ m Berufliche Tätigkeit: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Domizil: ☐ CH ☐ Ausland: _____

Falls CH: Wohnadresse: _____ Kanton: ____

Verdachtsdiagnose (gemäss Meldekriterien des BAG) andere Form:

- ☐ **Milzbrand (Anthrax)** ☐ Hautmilzbrand ☐ _____
- ☐ **Botulismus** ☐ Nahrungsmittelbotulismus ☐ _____
- ☐ **Virale Hämorrhagische Fieber** ☐ Lassa ☐ Ebola
  ☐ Marburg ☐ Krim-Kongo ☐ _____
- ☐ **Pest** ☐ Lungenpest ☐ Beulenpest ☐ _____
- ☐ **Influenza A(HxNy)**
- ☐ **SARS**
- ☐ **Pocken**
- ☐ **Aussergewöhnlicher klinischer Befund:** _____

Konsultierte/r Infektiologin/-e: _____ Tel.: _____

Exposition (gemäss Meldekriterien des BAG)

☐ Spital, Praxis ☐ Labor ☐ Reise ☐ Bauernhof, Tiermarkt, Vetpraxis ☐ andere: _____

Land/Ort der Exposition: _____

Sofortmassnahmen			**falls nein, Ausführung durch*:**
Patient/-in			
Spital (Name, Tel, Fax)			
Patient/in isoliert?	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
Therapie eingeleitet?	☐ ja ☐ nein ☐ ?	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
Diagnostik			
Labor (Name, Tel, Fax)			
Labor vorab informiert?	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
Prävention weiterer Fälle			
Massnahmen beim Medizinalpersonal?	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
Wenn ja, welche?			
Massnahmen bei Kontaktpersonen?			
- Kontakte identifiziert	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
- Kontakte informiert	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
- Prophylaxe verabreicht	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
- Quarantäne angeordnet	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
- medizin. Nachbetreuung sichergestellt	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	
Umgebung desinfiziert/dekontaminiert?	☐ ja ☐ nein	☐ KA ☐ SP ☐ _____	

Bemerkungen

Erfasser/in der Meldung _____ Unterschrift: _____

* Bitte vereinbaren, wer die Umsetzung der Massnahmen einleitet bzw. sicherstellt! 20220620

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

Protokoll einer telefonischen Erstmeldung

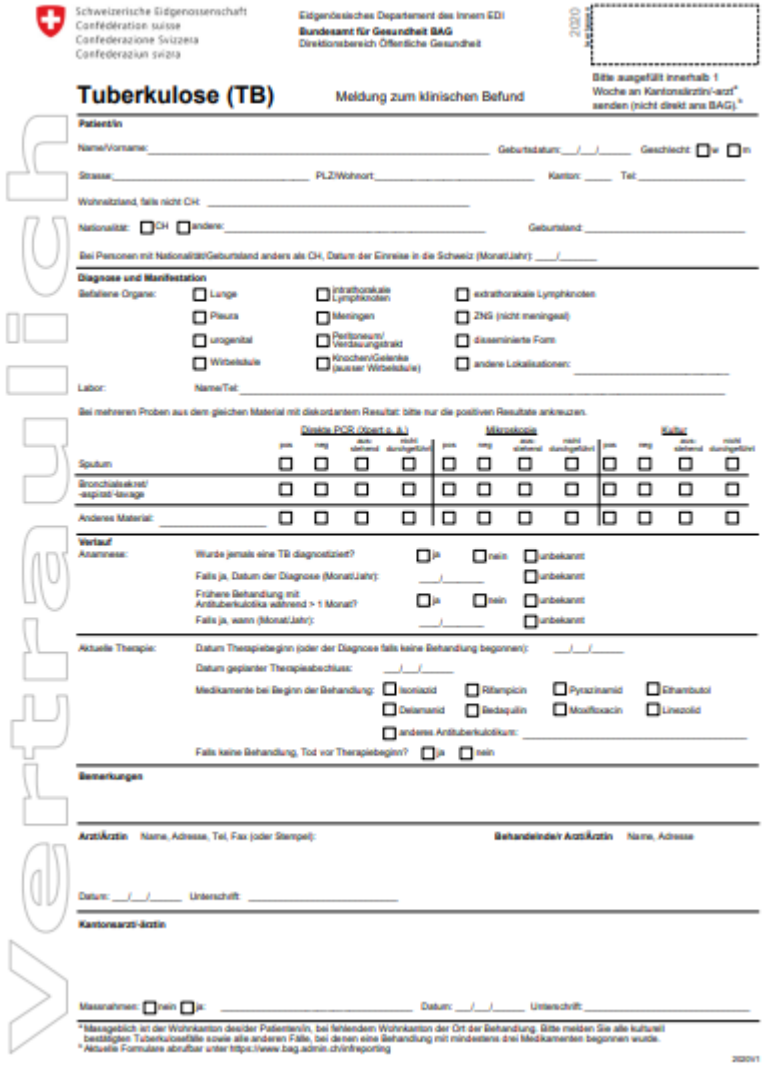
PDF | 126.60 kB | 9. Dezember 2022

Meldung zum laboranalytischen Befund

Meldung zum laboranalytischen Befund innerhalb 2h – Protokoll ergänzend zur telefonischen Meldung

PDF | 67.54 kB | 20. Dezember 2023

Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020

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

Tuberkulose (TB) Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht: ☐w ☐m

Strasse: PLZ/Wohnort: Kanton: Tel:

Wohnsitzland, 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 ☐intrathorakale Lymphknoten ☐extrathorakale Lymphknoten ☐Pleura ☐Meningen ☐ZNS (nicht meningeal) ☐urogenital ☐Peritoneum/Verdauungstrakt ☐disseminierte Form ☐Wirbelsäule ☐Knochen/Gelenke (ausser Wirbelsäule) ☐andere Lokalisationen:

Labor: Name/Tel:

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

	Direkte PCR (Xpert u. ä.)				Mikroskopie				Kultur			
	pos.	neg.	ausstehend	nicht durchgeführt	pos.	neg.	ausstehend	nicht durchgeführt	pos.	neg.	ausstehend	nicht durchgeführt
Sputum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bronchialsekret/ -aspirat/-lavage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anderes Material:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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): **Behandelnde/r Arzt/Ärztin** Name, Adresse

Datum: __/__/____ Unterschrift:

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐nein ☐ja: Datum: __/__/____ Unterschrift:

*Massgeblich ist der Wohnkanton des/der Patienten/in, bei fehlendem 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 https://www.bag.admin.ch/infreporting

2020/1

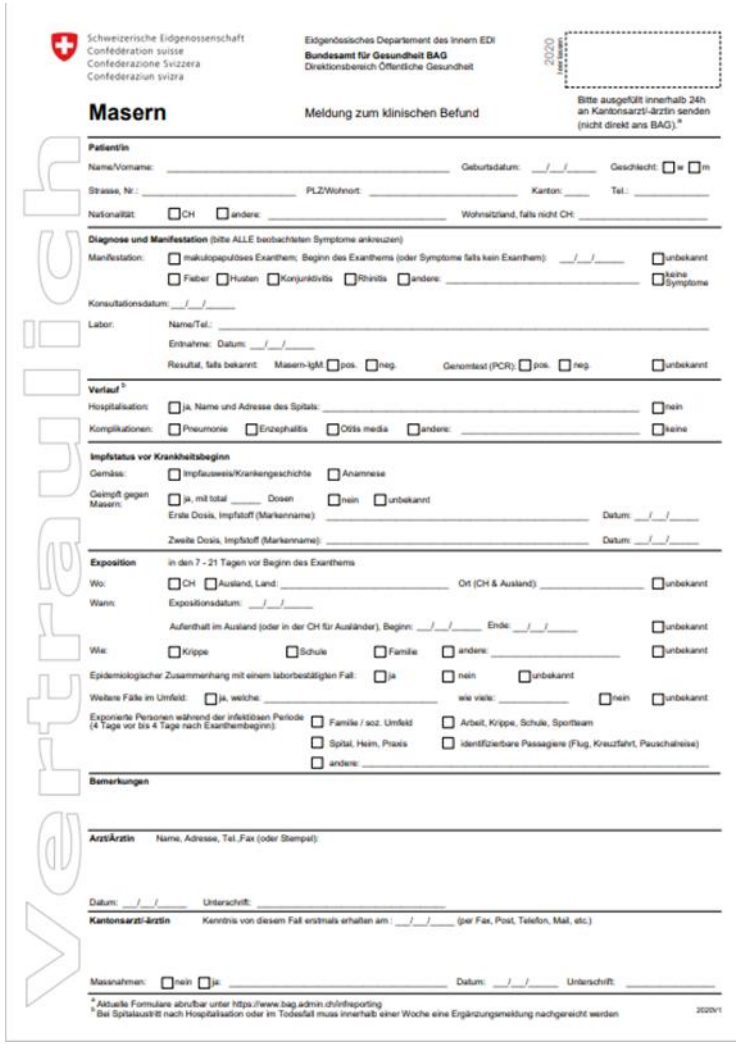
Vertraulich

[Richtlinien | Lungenliga Schweiz](#) (Handbuch TB)

Rolle der/des behandelnden Ärztin/Arztes:

- **TB-Fälle sind dem KAA sofort bei Behandlungsbeginn zu melden (klinischer Befund). Der KAA entscheidet über die Durchführung einer Umgebungsuntersuchung, die gegebenenfalls an die Lungenliga Freiburg delegiert wird.**
- **Die Behanglungsergebnisse sinde dem KAA zu melden (Ergänzungsmeldung)**
- [Infektionskrankheiten melden](#)

Meldepflichtige Krankheiten > Besonderheiten



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020 leer lassen

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h an Kantonsarzt/-ärztin senden (nicht direkt ans BAG).[a]

Masern — Meldung zum klinischen Befund

vertraulich

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 ankreuzen)
Manifestation: ☐ makulopapulöses Exanthem; Beginn des Exanthems (oder Symptome falls kein Exanthem): __/__/____ ☐ unbekannt
☐ Fieber ☐ Husten ☐ Konjunktivitis ☐ Rhinitis ☐ andere: _____ ☐ keine Symptome
Konsultationsdatum: __/__/____
Labor: Name/Tel.: _____
Entnahme: Datum: __/__/____
Resultat, falls bekannt: Masern-IgM ☐ pos. ☐ neg. Genomtest (PCR): ☐ pos. ☐ neg. ☐ unbekannt

Verlauf [b]
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: _____

[a] Aktuelle Formulare abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting
[b] Bei Spitalaustritt nach Hospitalisation oder im Todesfall muss innerhalb einer Woche eine Ergänzungsmeldung nachgereicht werden

2020v1



Wichtig: Bei Verdacht melden

2020 leer lassen

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h an Kantonsarzt/-ärztin senden (nicht direkt ans BAG).[a]

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

Ergänzungsmeldung



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2023V2

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

Tuberkulose (TB) Ergänzungsmeldung

Patientin

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Verlauf

Datum des Behandlungsbeginns: __/__/____
Datum der klinischen Beurteilung: __/__/____
Behandlungsresultat/Behandlungsabschluss: __/__/____
Datum der letzten Tabletteneinnahme: __/__/____

Behandlungsresultat

Bitte nur eine Antwort ankreuzen

☐ **Geheilte Lungentuberkulose:** Patient mit beim Behandlungsbeginn bakteriologisch bestätigter Lungentuberkulose, der gemäss Richtlinien vollständig behandelt wurde und bei dem der Erfolg mikrobiologisch bestätigt wurde. Bei resistenter 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, Rifampicin, 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.
- ☐ das Labor Resistenzen meldet.

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

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

☐ **Überweisung** an eine andere Behandlungseinheit

Name/Vorname des/der neuen behandelnden Arztes/Ärztin: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____ Kanton: _____

☐ **Unbekanntes Behandlungsresultat:** Patient, bei dem eine Zuordnung zu den obgenannten Kategorien nicht möglich ist.

☐ **Keine 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

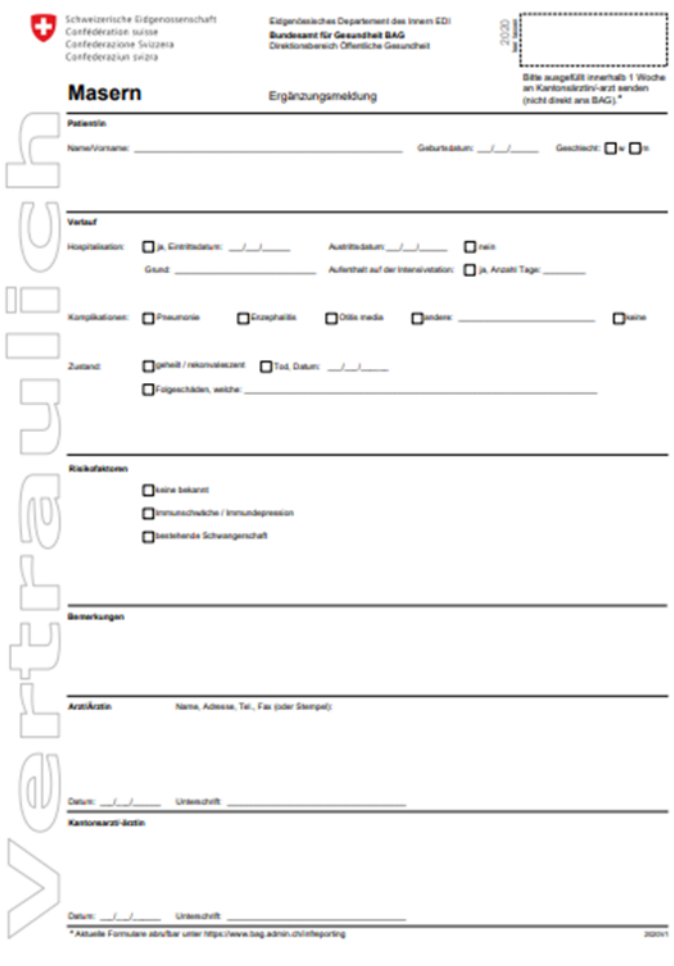
Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

* Aktuelle Formulare abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting 20230113V2

Vertraulich



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020

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

Masern Ergänzungsmeldung

Patientin

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

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 / Immundepression
☐ bestehende Schwangerschaft

Bemerkungen

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

* Aktuelle Formulare abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting 2020V1

Vertraulich



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2020

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsarzt/-ärztin senden (nicht direkt ans BAG).*

Kongenitale Röteln Ergänzungsmeldung

Blatt1: SCHWANGERE FRAU / MUTTER

Patientin: SCHWANGERE / MUTTER (siehe Rückseite für das Kind)

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: __/__/____

Strasse, Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: ____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

Auftreten der Röteln (Ausbruch oder laboranalytischer Befund) während der ____ Woche der Schwangerschaft.

Vor der Schwangerschaft: Rötein-Serologie (IgG):

☐ ja, Resultat: _____ Datum: __/__/____ ☐ nein ☐ unbekannt

Während der Schwangerschaft und Geburt:

Analyse 1: Labor (Name/Tel.): _____
Entnahmedatum: __/__/____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 2: Labor (Name/Tel.): _____
Entnahmedatum: __/__/____ Material: _____ Resultat: _____

Analyse 3: Labor (Name/Tel.): _____
Entnahmedatum: __/__/____ Material: _____ Resultat: _____

Verlauf

Konsequenz: ☐ Fehlgeburt ☐ Schwangerschaftsabbruch ☐ Embryopathie ☐ keine ☐ noch ungewiss

Bemerkungen

Bitte füllen Sie für das Kind in jedem Fall Blatt 2 aus, auch wenn die Röteln bei ihm noch nicht durch einen laboranalytischen Befund bestätigt sind. Vielen Dank, wenn Sie dazu Kontakt mit dem Pädiater aufnehmen oder seine Kontaktdaten hier vermerken.

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

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

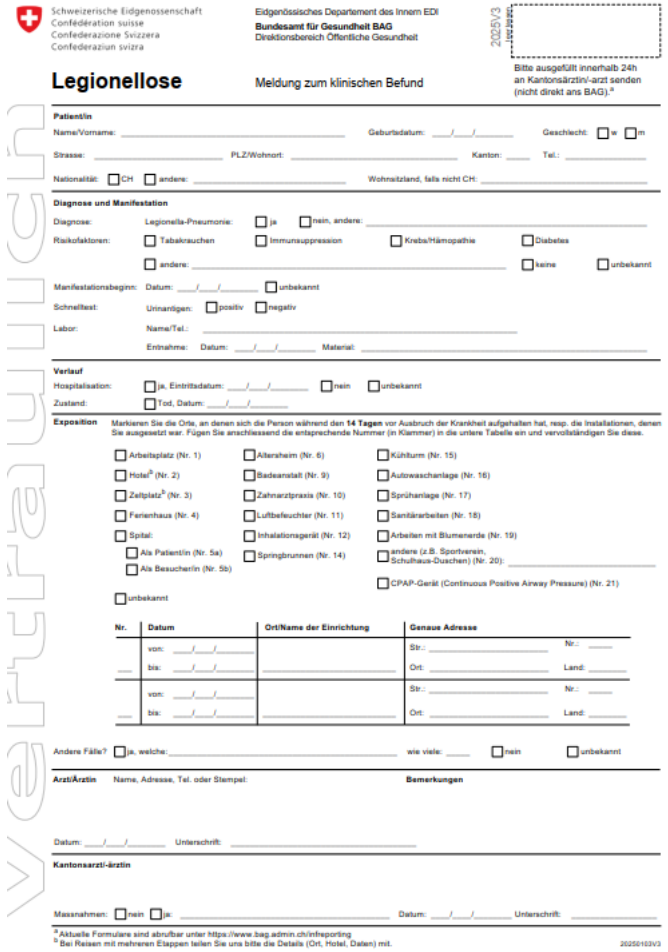
Kantonsarzt/-ärztin

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

* Aktuelle Formulare abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting 2020V1

Vertraulich

Meldepflichtige Krankheiten > Gute Praktiken



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2025V3

Legionellose Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).[1]

vertraulich

Patient/in
Name/Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht: ☐w ☐m
Strasse: PLZ/Wohnort: Kanton: Tel.:
Nationalität: ☐CH ☐andere: Wohnsitzland, falls nicht CH:

Diagnose und Manifestation
Diagnose: Legionella-Pneumonie: ☐ja ☐nein, andere:
Risikofaktoren: ☐Tabakrauchen ☐Immunsuppression ☐Krebs/Hämopathie ☐Diabetes ☐andere: ☐keine ☐unbekannt
Manifestationsbeginn: Datum: ☐unbekannt
Schnelltest: Urinantigen: ☐positiv ☐negativ
Labor: Name/Tel.:
Entnahme: Datum: Material:

Verlauf
Hospitalisation: ☐ja, Eintrittsdatum: ☐nein ☐unbekannt
Zustand: ☐Tod, Datum:

Exposition Markieren Sie die Orte, an denen sich die Person während den **14 Tagen** vor Ausbruch der Krankheit aufgehalten hat, resp. die Installationen, denen Sie ausgesetzt war. Fügen Sie anschliessend die entsprechende Nummer (in Klammer) in die untere Tabelle ein und vervollständigen Sie diese.

☐Arbeitsplatz (Nr. 1) ☐Altersheim (Nr. 6) ☐Kühlturm (Nr. 15)
☐Hotel[2] (Nr. 2) ☐Badeanstalt (Nr. 9) ☐Autowaschanlage (Nr. 16)
☐Zeltplatz[2] (Nr. 3) ☐Zahnarztpraxis (Nr. 10) ☐Sprühanlage (Nr. 17)
☐Ferienhaus (Nr. 4) ☐Luftbefeuchter (Nr. 11) ☐Sanitärarbeiten (Nr. 18)
☐Spital: ☐Inhalationsgerät (Nr. 12) ☐Arbeiten mit Blumenerde (Nr. 19)
☐Als Patient/in (Nr. 5a) ☐Springbrunnen (Nr. 14) ☐andere (z.B. Sportverein, Schulhaus-Duschen) (Nr. 20):
☐Als Besucher/in (Nr. 5b) ☐CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) (Nr. 21)
☐unbekannt

Nr.	Datum	Ort/Name der Einrichtung	Genaue Adresse
	von: / /		Str.: Nr.:
	bis: / /		Ort: Land:
	von: / /		Str.: Nr.:
	bis: / /		Ort: Land:

Andere Fälle? ☐ja, welche: wie viele: ☐nein ☐unbekannt

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

Datum: / / Unterschrift:

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐nein ☐ja: Datum: / / Unterschrift:

[1] Aktuelle Formulare sind abrufbar unter https://www.bag.admin.ch/infreporting
[2] Bei Reisen mit mehreren Etappen teilen Sie uns bitte die Details (Ort, Hotel, Daten) mit.

20250103V3

- Lesbarkeit!
- Vollständigkeit
- Einhaltung der Fristen

