



### Angaben zur befragten Person

#### 1. Was ist die höchste Ausbildung des Patienten / der Patientin?

- kann nicht lesen und schreiben (Analphabet)  
 kann lesen und schreiben, aber obligatorische Grundschule nicht abgeschlossen  
 obligatorische Grundschule abgeschlossen  
 Lehrabschluss, Matura  
 Hochschule, Universität

#### 2. Was ist die Muttersprache des Patienten / der Patientin?

- Deutsch     Französisch     Italienisch     Englisch     Andere: \_\_\_\_\_

#### 3. Welche der folgenden Sprachen beherrscht der Patient / die Patientin gut genug, um selbständig einen weiteren Fragebogen auszufüllen? (nur beste Sprache auswählen)

- Deutsch     Französisch     Italienisch     Englisch     Keine der Genannten

#### 4. Wohnhaft: Erste zwei Ziffern der PLZ ("00" = kein Wohnsitz in der CH)

Wohnhaft in der Schweiz  Seit Geburt

Permanent in der Schweiz seit (Jahr)

Schulbesuch grösstenteils  in der Schweiz

im Ausland; Land: \_\_\_\_\_

Nationalität  Gebürtig CH

Eingebürgert CH, seit (Jahr)

AusländerIn; Land: \_\_\_\_\_

#### 5. Aufenthaltstatus (falls Ausländer / Ausländerin)

- Asylsuchende/r      (Ausweis N)  
 Anderer Status      (Ausweis  )  
 unbekannt

### Klinische Angaben zur Präzisierung des Infektionszeitpunktes

#### 6. Hatte der Patient / die Patientin klinische Zeichen einer HIV Primo-Infektion?

- Nein  
 Ja, nämlich (Mehrfachantworten möglich):
 

<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Inappetenz
<input type="checkbox"/> Nachtschweiss	<input type="checkbox"/> Übelkeit
<input type="checkbox"/> Hautausschlag	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust > 2.5 kg
<input type="checkbox"/> Schleimhautulcera	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Pharyngitis	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen

Datum Beginn: .. Dauer ca.:  Tage

#### 7. Hatte der Patient / die Patientin eine Laborkonstellation, welche auf eine Primo-Infektion hinwies?

- Nein  
 Ja, nämlich:
 

<input type="checkbox"/> Serokonversion (genaue Angaben im beiliegenden BAG-Formular "Fragebogen bei Personen mit positivem HIV-Test")
<input type="checkbox"/> Antigen / RNA pos + Antikörper (ELISA) negativ
<input type="checkbox"/> Fraglicher positiver Western Blot (WB) (<= 2 Banden)
<input type="checkbox"/> Andere: _____

**Fragen zur Infektions- Quelle / Zeitpunkt / Ort (Einschätzung des Patienten / der Patientin)**

**8. Sind eine oder mehrere potentielle Infektionsquellen bekannt (Sexualpartner / Nadeltausch)?**

Nein, keine Infektionsquelle bekannt

- Ja, nämlich:
- |  |       |                          |                          |
|--|-------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ungeschützter Sexualkontakt mit:      |       | Mann                     | Frau                     |
| <input type="checkbox"/> Festem Partner / fester Partnerin     |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gelegenheits-Partner / -Partnerin     |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anonymem Partner / anonymer Partnerin |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Spritzentausch mit:                   |       |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Festem Partner / fester Partnerin     |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anderen Personen                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Exposition:                    | _____ |                          |                          |

**9. Kann der Patient / die Patientin zeitliche Angaben zu allfälligen Risikosituationen in den letzten 2 Jahren machen?**

Nein

Ja (bitte Risikosituation mit Zeitraum angeben):

Mit einem oder mehreren Partnern / Partnerinnen mit bekanntem HIV-positivem Status (zur Zeit der Risikosituation):

Ungeschützte sexuelle Aktivität Zeitraum: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Spritzentausch Zeitraum: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Mit einem oder mehreren Partnern / Partnerinnen mit unbekanntem HIV-Status (zur Zeit der Risikosituation):

Ungeschützte sexuelle Aktivität Zeitraum: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Spritzentausch Zeitraum: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Andere Risikosituation: \_\_\_\_\_

Zeitraum: [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

**10. Wo fand die HIV-Übertragung höchstwahrscheinlich statt?**

In der Schweiz:  Stadt  Agglomeration (Stadtaussenbezirke)  Ländliche Gegend

In welchem Kanton? [ ][ ][ ]

Ausserhalb der Schweiz: Zeitraum: \_\_\_\_\_

Bei Kurzaufenthalt; Land: \_\_\_\_\_ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Bei Langaufenthalt; Land: \_\_\_\_\_ [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ]

Im Strafvollzug (Schweiz): Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Unbekannt

**Bemerkungen / Erläuterungen:** \_\_\_\_\_

**Name des Arztes / der Ärztin:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_ **PLZ** [ ][ ][ ][ ][ ]

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Datum** [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ][ ][ ] **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit der Ergänzungsmeldung, im beiliegenden Antwortumschlag an das BAG. Adresse: BAG, Ärztlicher Dienst Meldesystem, Postfach, 3003 Bern.