



Bitte ausfüllen und innerhalb 24h an
Kantonsärztin/-arzt und BAG senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77
BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch

Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund nach positivem Laborbefund
für ambulant behandelte Personen und für Bewohner von Alters- und Pflegeheimen,
sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen

Patient/in

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

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

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

Diagnose und Manifestation

Manifestation: Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Husten Atembeschwerden Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

Durchfall Kopfschmerzen Anosmie Ageusie

keine Symptome andere Symptome: _____

Manifestationsbeginn: ____/____/____

Grunderkrankung: Diabetes Herz- Kreislauferkrankung Immunsuppression Chronische Nierenerkrankung

Hypertonie Chronische Atemwegserkrankung Krebs Adipositas (BMI >35)

keine andere: _____

Raucher: ja nein unbekannt

Labor: Name/Tel: _____

Entnahme-Datum: ____/____/____

Grund für den Test: Symptome kompatibel mit COVID-19 Ausbruchsuntersuchung anderer: _____

Verlauf

Hospitalisation: nein ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ Grund für den Spitalaufenthalt: COVID-19 anderer

Spital (Name, Tel.): _____

Todesfolge: ja, Todesdatum: ____/____/____ (Bitte «Meldung zum klinischen Befund nach Tod» ausfüllen)

Exposition

In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Bewohner Alters- und Pflegeheim oder einer sozialmedizinischen Institution: nein ja Institution (Name, Tel): _____

Wie: Enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall: ja nein unbekannt

Wahrscheinlichster Übertragungsweg: in Familie als Medizinal- oder Pflegepersonal in Schule/Kindergarten/Krippe

bei Arbeit anderer: _____

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ unbekannt

In Quarantäne, bevor positives Testresultat vorlag: ja nein unbekannt

Berufliche Tätigkeit: Medizinal- oder Pflegepersonal: ja nein, andere: _____

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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