



# Coronavirus disease COVID-19

Meldung innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG. <sup>a</sup>  
BAG Meldeportal: <https://forms.infreport.ch>  
(BAG Fax: +41 58 463 87 77)  
(BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch)

## Meldung zum klinischen Befund

### Patient/in

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

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

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

### Diagnose und Manifestation

Manifestation:  Husten  Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt)  Brustschmerzen  Atembeschwerden  
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  Halsschmerzen  andere akute Atemwegserkrankungen  
 Anosmie  Ageusie  Fieber  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (ohne andere Ätiologie)  
 akute Verwirrtheit / Verschlechterung des Allgemeinzustandes ohne andere Ätiologie  
 gastrointestinale Symptome (z.B. Durchfall, Erbrechen, Bauchschmerzen)  
 keine Symptome  andere Symptome: \_\_\_\_\_  
 Manifestationsbeginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Labor:  Name/Tel: \_\_\_\_\_ Entnahme-Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grund für den Test:  Symptome kompatibel mit COVID-19  Ausbruchsuntersuchung  SwissCovid App  anderer: \_\_\_\_\_

Radiologie: CT-Scan vereinbar mit COVID-19  ja  nein

### Verlauf

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

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

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Gemäss:  Impfausweis  Hausarzt  Anamnese

Geimpft gegen COVID-19:  ja, mit total \_\_\_\_ Dosen  nein  unbekannt

Dosis	Impfstoff (Markenname)	Impfdatum
1	_____	____/____/____
2	_____	____/____/____

### 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  
 privates Fest  in Disco/Club  in Bar/Restaurant  bei Demonstration/Veranstaltung  
 in spontaner Menschenansammlung  unbekannt  anderer: \_\_\_\_\_

Wann: Expositionsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  unbekannt

Bereits in Quarantäne, bevor positives Testresultat vorlag:  ja  nein  unbekannt

Berufliche Tätigkeit: Medizinal- oder Pflegepersonal:  ja  nein, andere: \_\_\_\_\_

### Risikofaktoren

Grunderkrankung:  Diabetes  Herz- Kreislauferkrankung  Immunsuppression  Chronische Nierenerkrankung  
 Hypertonie  Chronische Atemwegserkrankung  Krebs  Adipositas (BMI >35)  
 keine  andere: \_\_\_\_\_

Raucher:  ja  nein  unbekannt

Schwangerschaft:  ja  nein  unbekannt

### Bemerkungen

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

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

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