



# Coronavirus disease COVID-19

## Meldung zum klinischen Befund nach Tod

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 )

### Patient/in

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Kanton: \_\_\_\_\_

Wohnsitzland: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

### Diagnose

Todesfall: Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ort:  Krankenhaus  Alters- und Pflegeheim  andere sozialmedizinische Institution: \_\_\_\_\_

Kollektivunterkunft: \_\_\_\_\_  anderer Todesort: \_\_\_\_\_

Diagnose: Laborresultat:  positiv  negativ  ausstehend  nicht getestet

Labor (Name, Tel): \_\_\_\_\_

Radiologie:  CT-Scan vereinbar mit COVID-19

### Verlauf

Hospitalisation:  ja von: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein

Spital (Name, Tel): \_\_\_\_\_

Komplikationen:  Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt)  ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

andere: \_\_\_\_\_

Behandlung auf der IPS:  ja von: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein

Künstliche Beatmung:  ja, Anzahl Tage: \_\_\_\_\_  nein

### Impfstatus vor Krankheitsbeginn

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

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

### Exposition

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

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall:  ja

### Risikofaktoren

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

keine  andere: \_\_\_\_\_

Raucher:  ja  nein  unbekannt

### Bemerkungen

### Arzt/Ärztin

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

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