



Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund nach Tod

Bitte innerhalb von 24 Stunden nach Tod ausgefüllt dem Kantonsärztin/-arzt und dem BAG zustellen.^a
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: _____

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

Grunderkrankung: Diabetes Herz- Kreislaufkrankung Immunsuppression Chronische Nierenerkrankung

Hypertonie Chronische Atemwegserkrankung Krebs Adipositas (BMI > 35)

keine andere: _____

Raucher: ja nein unbekannt

Hospitalisation: ja von: ____/____/____ bis: ____/____/____ nein

Spital (Name, Ort): _____

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

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ja

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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