



# Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund oder klinischen Befund nach Tod innerhalb von 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG. <sup>a</sup>

## Patient/in

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Wohnsitzland, falls nicht CH/FL: \_\_\_\_\_

## Diagnose

Manifestation:  Symptome kompatibel mit Covid-19  andere Symptome  keine Symptome

Manifestationsbeginn: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Labor: Name/Tel.: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

## Verlauf

Hospitalisation:  ja, Eintrittsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein

Falls ja: Grund für den Spitalaufenthalt:  COVID-19  anderer

Behandlung auf der IPS:  ja  nein

Künstliche Beatmung:  ja  nein

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

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

Todesfolge:  ja, Todesdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  nein

Falls ja: Haupttodesursache<sup>b</sup>:  COVID-19  andere  unklar

Todesort:  Spital  Alters- und Pflegeheim  andere sozialmedizinische Institution: \_\_\_\_\_

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

## Impfstatus vor Krankheitsbeginn

Geimpft gegen COVID-19:  ja  nein  unbekannt

Falls ja: letzte Dosis vor:  <6 Monaten  6 - 12 Monaten  >12 Monate  unbekannt

Impfstoff letzte Dosis (Markenname): \_\_\_\_\_

**Exposition** In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn.

Wo: Bewohner Alters- und Pflegeheim oder sozialmedizinische Institution:  ja  nein

Falls ja: Institution (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit als Medizinal- oder Pflegepersonal:  ja  nein  unbekannt

## Risikofaktoren

COVID-19 relevante Vorerkrankungen<sup>c</sup>:  ja  nein  unbekannt

Immundefizienz<sup>d</sup>:  ja  nein  unbekannt

Schwangerschaft:  ja  nein  unbekannt

## Bemerkungen

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

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

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

<sup>b</sup> COVID-19 als Grundursache oder unmittelbare Todesursache

<sup>c</sup> Informationen zu Kategorien besonders gefährdeter Personen: [Kategorien-besonders-gefährdete-Personen.pdf](#)

<sup>d</sup> Auflistung zu Immundefizienz unter «Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen»: [Kategorien-besonders-gefährdete-Personen.pdf](#)