



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: _____

Geburtsdatum:

Tag		Monat		Jahr			

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Verstorben an den Folgen von COVID-19: ☐ Ja ☐ Nein

Todesdatum

Tag		Monat		Jahr			

Grunderkrankung & Risikofaktoren:

☐ Diabetes

☐ Herz- Kreislauferkrankung

☐ Immunsuppression

☐ Hypertonie

☐ Chronische Atemwegserkrankung

☐ Krebs

☐ keine

☐ Andere: _____

Hospitalisation:

☐ ja

von:

Tag		Monat		Jahr			

bis:

Tag		Monat		Jahr			

☐ nein

Name des Krankenhauses: _____

Komplikationen:

☐ Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt)

☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ andere: _____

Behandlung auf der IPS:

☐ ja

von:

Tag		Monat		Jahr			

bis:

Tag		Monat		Jahr			

☐ nein

Künstliche Beatmung:

☐ ja, Anzahl Tage: _____

☐ nein

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>