

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V3 leerlassen	 	 	

Bitte ausfüllen und innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG senden.a BAG Fax: +41 58 463 87 77

## Coronavirus disease COVID-19

	Meldung zum	klinischen Bef	fund nach positiv	em Laborbef	und		5 Fax: +41 58 46. G E-Mail: <u>covid-19</u>		ort.ch
	Patient/in Name/Vorname: _				Geburtsdatum	:/	Geschle	cht: w	m
	Strasse:		PLZ/Wohnd	ort:		Kanton:	Tel.:		
	Nationalität:	☐CH ☐ andere	e:		Wohnsitzland,	falls nicht CH			
	Diagnose und Mar	nifestation							
	Manifestation:	_	Husten Ate		Pneumonie (durch Bildgebung b	estätigt)	ARDS (Acute Respirato	ry Distress S	yndrome)
		☐ Durchfall  Manifestationsbed	andere Symptom		keine Symptome				
	Grunderkrankung:	Diabetes	Herz- Kreislauferl		☐ Immunsuppression				
		Hypertonie	Chronische Atem	-	_				
	Labor:	keine  Referenzlabor	_		-ge.ch/laboratoire-virolog				
		Entnahme-Datum	ı:/						
			rittsdatum:// Ils ja:		(Name, Tel.):				
	Todesfolge:	ja, Todesdatum:		(Bitte «Ergänzu	ngsmeldungen nach Tod»	ausfüllen)			
	Exposition In	n den letzten 14 Tag	en <u>vor</u> Manifestationsb	peginn					
	_	_				Ort:			ekannt
		expositionsdatum: _			/ /	, ,		7 h al .a nt	
			d (oder in der CH für Al em laborbestätigten CC	_	/ bis	_	L bekannt	unbekannt	
	vvie. Gi		in Familie		al- oder Pflegepersonal		ule/Kindergarten/K	rippe	
			Arbeit	andere Kon	takte:				
	Reisetätigke	it während infektiöse	er Periode:	nein	unbekannt				
	Medizinal- o	oder Pflegepersonal:	☐ ja ☐ nein						
	Bemerkungen								
7									
	Arzt/Ärztin N	ame, Adresse, Tel.,	Fax (oder Stempel):						
(40)	Datum://	Unter	schrift:						
	Kantonsarzt/-ärzti								
	Massnahmen:	neinja:							
	Datum://_	Unter	schrift:						