



Coronavirus disease COVID-19

Meldung zum klinischen Befund nach positivem Laborbefund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: ☐ CH ☐ andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH _____

Diagnose und Manifestation

Manifestation: ☐ Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ☐ Husten ☐ Atembeschwerden ☐ Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ Durchfall ☐ andere Symptome: _____

Manifestationsbeginn: ____/____/____ ☐ keine Symptome

Grunderkrankung: ☐ Diabetes ☐ Herz- Kreislauferkrankung ☐ Immunsuppression

☐ Hypertonie ☐ Chronische Atemwegserkrankung ☐ Krebs

☐ keine ☐ andere: _____

Labor: ☐ Referenzlabor CRIVE/NAVI in Genf (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)

☐ anderes Labor, Name/Tel: _____

Entnahme-Datum: ____/____/____

Verlauf

Hospitalisierung: ☐ nein ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ Spital Name: _____

☐ IPS Aufenthalt, falls ja: ☐ mit Beatmung Spital Tel: _____

Todesfolge: ☐ ja, Todesdatum: ____/____/____ (Bitte «Ergänzungsmeldungen nach Tod» ausfüllen)

Exposition

In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____

Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für Ausländer) von ____/____/____ bis ____/____/____ ☐ unbekannt

Wie: enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Falls ja: ☐ in Familie ☐ als Medizinal- oder Pflegepersonal ☐ Schule/Kindergarten/Krippe

☐ Arbeit ☐ andere Kontakte: _____

Reisetätigkeit während infektiöser Periode: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Medizinal- oder Pflegepersonal: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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