

Eidgenössisches Departement des Innern EDI **Bundesamt für Gesundheit BAG** Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V4 leer lassen	-
Bitte ausfüllen und innerhalb 24h	

Coronavirus disease COVID-19

Nur für hospitalisierte Patientinnen/Patienten:

an Kantonsärztin/-arzt <u>und</u> BAG senden.^a BAG Fax: +41 58 463 87 77 BAG HIN secured:

ivieldung zu	m klinischen Befund nach positivem i	Laborbetund		AG HIN secured: vid-19@hin.infreport.ch	
Patient/in		Coburtodatum	1 1	Coodhlacht:	
				_	_
	<u> </u>				
Manifestation:	_	(durch Blidgebung best	ätigt) 🗀 (Ad	cute Respiratory Distress	Syndrome)
/	Manifestationsbeginn://	_ keine Symptome			
Grunderkrankunç	Hypertonie Chronische Atemwegse	rkrankung Krebs			
Labor:	anderes Labor, Name/Tel:				
1	Entnahme-Datum://				
	nein ja, Eintrittsdatum:// IPS Aufenthalt, falls ja: mit Beatmung	Spital (Name, Tel.):			
Todesfolge:	ja, Todesdatum://_ (Bitt	e «Ergänzungsmeldungen nach Tod» au	ısfüllen)		
Exposition	In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn				
Wo:	CH Ausland, Land:	Ort:		un	bekannt
Wann:	Expositionsdatum://				
	Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für Ausländ	er) von/ bi	s//	un	bekannt
Wie:	enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-1	9-Fall: ja nein	unbekar	nnt	
/			_		
Reisetätig	keit während infektiöser Periode: ja ja	nein unbekannt			
	- oder Pflegepersonal: ja nein				
Bemerkungen					
7					
Arzt/Ärztin	Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):				
/					
_	 :				
/_	/ Unterschrift:				
	Patient/in Name/Vorname Strasse: Nationalität: Diagnose und M Manifestation: Grunderkrankung: Labor: Verlauf Hospitalisierung: Todesfolge: Exposition Wo: Wann: Wie: Reisetätig Medizinal Bemerkungen Arzt/Ärztin Datum: // Kantonsarzt/-är Massnahmen: [Patient/in Name/Vorname: Strasse:	Patient/in Name/Vomame:	Patient/in Name/Vorname:	Patient/fin Name/Vorname: