

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V3 leerlassen	 	 	

	Coronavirus disease COVID-19						Bitte ausfüllen und innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt <u>und</u> BAG senden. <sup>a</sup> BAG Fax: +41 58 463 87 77 BAG E-Mail: covid-19@hin.infreport.ch			
	Patient/in		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			2,10	<u> </u>	шиноро	<u>rt.on</u>	
					Geburtsdatum:			_	_	
			e:		Wohnsitzland, f	falls nicht CH:				
	Diagnose und Ma Manifestation:	anifestation ☐ Fieber ≥38°C	Husten A	atembeschwerden	Pneumonie (durch Bildgebung be		ARDS (Acute Respiratory D	Distress Sy	yndrome	
		Durchfall	andere Sympton	me:						
		Manifestationsbe	ginn:/		keine Symptome					
	Grunderkrankung:	: Diabetes	Herz- Kreislaufe	erkrankung	☐ Immunsuppression					
		Hypertonie	Chronische Ate		<del>_</del>					
		keine	andere:				·			
	Labor:	Referenzlabor	CRIVE/NAVI in Genf	(https://www.hug-g	e.ch/laboratoire-virologie)					
		anderes Labo	r, Name/Tel:							
	Verlauf Hospitalisierung: [		rittsdatum://_		(Name, Tel.):					
	[	☐ IPS Aufenthalt, fa	alls ja:	nung						
7	Todesfolge:	ja, Todesdatum:	//	(Bitte «Ergänzu	ngsmeldungen nach Tod»	ausfüllen)				
	Exposition	In den letzten 14 Tag	gen <u>vor</u> Manifestations	sbeginn						
	Wo: [	CH Ausla	nd,Land:		O	rt:		_ 🔲 unbe	≽kannt	
	Wann: I	Expositionsdatum: _	//							
	,	Aufenthalt im Auslan	d (oder in der CH für A	Ausländer) von	/ bis _	//		bekannt		
	Wie:	enger Kontakt zu ein	em laborbestätigten C	COVID-19-Fall:	] ja	unb	ekannt			
		Falls ja:	in Familie	als Medizin	al-oder Pflegepersonal	Schu	le/Kindergarten/Kripp	e		
			Arbeit	andere Kor	ntakte:					
	Reisetätigk	eit während infektiös	er Periode:		unbekannt					
	Medizinal-	oder Pflegepersonal:	:	n						
	Bemerkungen									
	Arzt/Ärztin	Name, Adresse, Tel.,	, Fax (oder Stempel):							
	Datum://		rschrift:							
	Kantonsarzt/-ärzt									
	Massiatilien.	, ∟]α								

Unterschrift: