



# Coronavirus disease COVID-19

Nur für hospitalisierte Patientinnen/Patienten:

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, Tel.): \_\_\_\_\_

☐ IPS Aufenthalt, falls ja: ☐ mit Beatmung

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: \_\_\_\_\_

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