

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

2020V4 leer basen	-
Bitte ausfüllen und innerhalb 24h	

Coronavirus disease COVID-19

Nur für hospitalisierte Patientinnen/Patienten:

Moldung zum klinischen Refund nach positivem Laborhefund

senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77
BAG HIN secured:

an Kantonsärztin/-arzt und BAG

	Meldung zu	Meldung zum klinischen Befund nach positivem Laborbefund				BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch		
	Patient/in			Geburtedatum:	/ /	Geschlecht:	lw \square m	
	1	se:PLZ/Wohnort:				_	_	
	Nationalität: CH andere:							
	Diagnose und N Manifestation:	☐ Fieber ≥38°C ☐ Husten ☐ At☐ ☐ Durchfall ☐ andere Sympton	ne:	Pneumonie (durch Bildgebung bes	tätigt) \square (A	RDS cute Respiratory Distre	ess Syndrome)	
		Manifestationsbeginn://		keine Symptome				
	Grunderkrankun	Hypertonie Chronische Atem	nwegserkrankung	☐ Immunsuppression ☐ Krebs				
	Labor:	Referenziabor CRIVE/NAVI in Gent anderes Labor, Name/Tel:						
	Verlauf	Entnahme-Datum://	-					
		nein ja, Eintrittsdatum:/_		lame, Tel.):				
	Todesfolge: ja, Todesdatum:// (Bitte «Ergänzungsmeldungen nach Tod» ausfüllen)							
Exposition In den letzten 14 Tagen <u>vor</u> Manifestationsbeginn							1	
	Wo:	CH Ausland, Land:		Ort:			unbekannt	
	Wann:	Expositionsdatum://	waländar) von	/ /	oio /	, –	unbekannt	
		Aufenthalt im Ausland (oder in der CH für A	Ausiander) von	/ k	ois/	/	unbekanni	
	Wie:	enger Kontakt zu einem laborbestätigten Co	OVID-19-Fall:	ja nein	unbeka			
		Falls ja: in Familie Arbeit	_	oder Pflegepersonal		/Kindergarten/Krippe		
		keit während infektiöser Periode: ja	nein	unbekannt				
	1	- oder Pflegepersonal: ja nei	n					
	Bemerkungen							
]							
	Arzt/Ärztin	Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):						
Datum:/ Unterschrift: Kantonsarzt/-ärztin								
		nein ia:						
	Datum:/_	/ Unterschrift:						
	_							