



# Coronavirus disease COVID-19

## Meldung zum klinischen Befund nach Tod

Bitte innerhalb von 24 Stunden nach Tod ausgefüllt dem Kantonsärztin/-arzt und dem BAG zustellen.<sup>a</sup>  
BAG Fax: +41 58 463 87 77  
BAG HIN secured:  
[covid-19@hin.infreport.ch](mailto:covid-19@hin.infreport.ch)

### Patient/in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

Tag		Monat		Jahr			

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Verstorben an den Folgen von COVID-19: ☐ Ja ☐ Nein

Todesdatum

Tag		Monat		Jahr			

Grunderkrankung & Risikofaktoren:

☐ Diabetes

☐ Herz- Kreislauferkrankung

☐ Immunsuppression

☐ Hypertonie

☐ Chronische Atemwegserkrankung

☐ Krebs

☐ keine

☐ Andere: \_\_\_\_\_

Hospitalisation:

☐ ja

von:

Tag		Monat		Jahr			

bis:

Tag		Monat		Jahr			

☐ nein

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Komplikationen:

☐ Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt)

☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ andere: \_\_\_\_\_

Behandlung auf der IPS:

☐ ja

von:

Tag		Monat		Jahr			

bis:

Tag		Monat		Jahr			

☐ nein

Künstliche Beatmung:

☐ ja, Anzahl Tage: \_\_\_\_\_

☐ nein

### Bemerkungen

### Arzt/Ärztin

Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel):

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Kantonsarzt/-ärztin

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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