

Coronavirus disease COVID-19

Nur für hospitalisierte Patientinnen/Patienten:

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

2020V4 leer lassen	 	 	
_	 	 	

Bitte ausfüllen und innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG senden.a

BAG Fax: +41 58 463 87 77

	Meldung zur	n klinischen Be	fund nach positive	em Laborbefu	und		BAG HIN secured covid-19@hin.infr		
	Patient/in Name/Vorname:				Geburtsdatum:	/	/ Geschlech	nt: w	m
	Strasse:		PLZ/Wohnor	t:		Kanton: _	Tel.:		
	Nationalität:	CH ander	e:		Wohnsitzland, t	alls nicht C	H:		
	Diagnose und M Manifestation:	_	Husten Ater		Pneumonie (durch Bildgebung be	estätigt)	ARDS (Acute Respiratory	Distress S	yndrome)
		_	eginn://		Disaina Symptoma				
	Grunderkrankung		Herz- Kreislauferkı Chronische Atemw	rankung vegserkrankung	☐ keine Symptome ☐ Immunsuppression ☐ Krebs				
	Labor:	Referenzlabo	r CRIVE/NAVI in Genf (https://www.hug-	ge.ch/laboratoire-virologie	e)			
	Verlauf				Name, Tel.):				
	Hospitalisierung:	_	nttsdatum:// ills ja: ☐ mit Beatmun		Name, Tel.):				
	Todesfolge:	=	· —	•	ngsmeldungen nach Tod»	ausfüllen)			
•	Exposition	In den letzten 14 Tag	en vor Manifestationsbe	ginn					
	Wo:	CH Ausland	d,Land:		Or	t:		Unbe	ekannt
	Wann:	Expositionsdatum:	//						
			d (oder in der CH für Au:	sländer) vo	n/	bis/	/_	unb	ekannt
	Wie:	enger Kontakt zu ein	em laborbestätigten CO\	VID-19-Fall:] ja nein	un	bekannt		
		Falls ja:	in Familie Arbeit		al-oder Pflegepersonal akte:	_	chule/Kindergarten/Kri	ppe 	
	· ·	æit während infektiös	er Periode: ja	nein [unbekannt	££	zielles		
	Medizinal- Bemerkungen	oder Pflegepersonal:	janein		ict kein	OII	121011	. // 11 (1e -
	benie kungen	/	Achtung	g: dies	unbekannt s ist kein ent. Das t, dass d t werder	, Or	iginal v	efel	der
		,	BAG-D	okum	dass d	ie E	ingar.		
	A ===4 / Ä ===4 !==	Name, Adresse, Tel.,	Fay (oder Storm all)	Mine	· wordel	7 KC)[[[[0]]]		
	Arzt/Ärztin	Name, Adresse, Tel.,	digital	befüll	t, dass ^d t werder				
			arg						
	Datum:/_	/ Unter	schrift:						
	Kantonsarzt/-ärz								
	Massnahmen:	_nein							
	Datum: /	/ Linter	contiff:						