



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.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77
BAG HIN secured:
covid-19@hin.infreport.ch

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Tag Monat Jahr

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Verstorben an den Folgen von COVID-19: _____ Todesdatum: _____
Tag Monat Jahr

Grunderkrankung & Risikofaktoren:

☐ Diabetes

☐ Herz- Kreislauferkrankung

☐ Immunsuppression

☐ Hypertonie

☐ Chronische Atemwegserkrankung

☐ Krebs

☐ keine

☐ Andere: _____

Hospitalisation: ☐ ja von: _____ bis: _____ ☐ nein
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Name des Krankenhauses: _____

Komplikationen: ☐ Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ andere: _____

Behandlung auf der IPS: ☐ ja von: _____ bis: _____ ☐ nein
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Künstliche Beatmung: ☐ ja, Anzahl Tage: _____ ☐ nein

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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