



Coronavirus disease COVID-19

Nur für hospitalisierte Patientinnen/Patienten und für Bewohner von
Alters- und Pflegeheimen, sowie anderen sozialmedizinischen Institutionen:
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 ☐ Chronische Nierenerkrankung
☐ Hypertonie ☐ Chronische Atemwegserkrankung ☐ Krebs ☐ Adipositas (BMI >35)
☐ keine ☐ andere: _____

Raucher: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Labor: ☐ Name/Tel.: _____
Entnahme-Datum: ____/____/____

Radiologie: ☐ CT-Scan vereinbar mit COVID-19

Verlauf

Bewohner von Alters- und Pflegeheim oder einer sozialmedizinischen Institution: ☐ ja

Hospitalisierung: ☐ ja, Eintrittsdatum: ____/____/____ Grund für den Spitalaufenthalt: ☐ COVID-19 ☐ anderer
☐ IPS Aufenthalt, falls ja: ☐ mit Beatmung Spital (Name, Tel.): _____

Todesfolge: ☐ ja, Todesdatum: ____/____/____ (Bitte «Meldung zum klinischen Befund nach Tod» ausfüllen)

Exposition

In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: ☐ CH ☐ Ausland, Land: _____ Ort: _____ ☐ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____

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: _____

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ☐ ja

Medizinal- oder Pflegepersonal: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen

Arzt/Ärztin

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

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: ____/____/____ Unterschrift: _____

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