



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: _____ Geschlecht: ☐ w ☐ m

Geburtsdatum: ____/____/____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Wohnsitzland: _____ Nationalität: _____

Todesfall: Datum: ____/____/____

Ort: ☐ Krankenhaus ☐ Alters- und Pflegeheim ☐ andere sozialmedizinische Institution: _____

☐ Kollektivunterkunft: _____ ☐ anderer Todesort: _____

Diagnose: Laborresultat: ☐ positiv ☐ negativ ☐ ausstehend ☐ nicht getestet

Labor (Name, Tel): _____

Radiologie: ☐ CT-Scan vereinbar mit COVID-19

Grunderkrankung: ☐ Diabetes ☐ Herz- Kreislauferkrankung ☐ Immunsuppression ☐ Chronische Nierenerkrankung

☐ Hypertonie ☐ Chronische Atemwegserkrankung ☐ Krebs ☐ Adipositas (BMI > 35)

☐ keine ☐ andere: _____

Raucher: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Hospitalisation: ☐ ja von: ____/____/____ bis: ____/____/____ ☐ nein

Spital (Name, Ort): _____

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

☐ andere: _____

Behandlung auf der IPS: ☐ ja von: ____/____/____ bis: ____/____/____ ☐ nein

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

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ☐ ja

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>