



# 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>

### 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>