

Eidgenössisches Departement des Innern EDI Bundesamt für Gesund heit BAG

Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

2020V3 leer lassen							
	Bitte aus	füllen i	ınd inn	erhall	24h	1	

an Kantonsärztin/-arzt und BAG

Coronavirus disease COVID-19

	Meldung zum	klinischen Bef	und nach positivem Laborbe	fund	BAG Fax: +4	11 58 463 87 77	,
	Patient/in						
						_	_
	Strasse:		PLZ/Wohnort:	Kar	nton: Tel.: _		
			S	Wohnsitzland, falls n	nicht CH:		
	Diagnose und Mar Manifestation:	nifestation ☐ Fieber ≥38°C	Husten Atembeschwerden	Pneumonie (durch Bildgebung bestätig	ARDS (Acute Respi	atory Distress S	yndrome)
		Durchfall	andere Symptome:				
		Manifestationsbeg	ginn:/	keine Symptome			
	Grunderkrankung:	Diabetes	Herz- Kreislauferkrankung	Immunsuppression			
		☐ Hypertonie☐ keine	Chronische Atemwegserkrankung andere:	_			
	Labor:	Referenzlabor	CRIVE/NAVI in Genf (https://www.hug-	ge.ch/laboratoire-virologie)			
			, Name/Tel:				
			:				
	Verlauf						
		nein ja, Eintr	ittsdatum:/ Spita	l (Name, Tel.):			
		IPS Aufenthalt, fal	ls ja: mit Beatmung				
7	Todesfolge:	ja, Todesdatum:	/ (Bitte «Ergänze	ungsmeldungen nach Tod» ausfü	illen)		
	Exposition In	n den letzten 14 Tag	en <u>vor</u> Manifestationsbeginn				
	Wo:	CH Auslar	nd,Land:	Ort: _		unb	ekannt
		expositionsdatum: _			,		
	Д	ufenthalt im Ausland	l (oder in der CH für Ausländer) von	/ bis/_		unbekannt	
	Wie: e	nger Kontakt zu eine	em laborbestätigten COVID-19-Fall:	ja nein	unbekannt		
		Falls ja:		nal- oder Pflegepersonal ntakte:	Schule/Kindergarte	• •	
	Reisetätigke	it während infektiöse		unbekannt			
7	Modizinal- o	oder Pflegepersonal:	∏ ja				
	Bemerkungen	dei Filegepersonal.					
\							
	Arzt/Ärztin N	lame, Adresse, Tel.,	Fax (oder Stempel):				
NVI	Datama	Untro	li6.				
			schrift:				
	Kantonsarzt/-ärzti						
	wasaanmen.	.ю.пја					
\rangle							
/ /	Datum://	Unters	schrift:				