



Coronavirus disease COVID-19

Meldung innerhalb 24h an Kantonsärztin/-arzt und BAG. ^a
BAG Meldeportal: <https://forms.infreport.ch>
(BAG Fax: +41 58 463 87 77)
(BAG HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch)

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: w m

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____ Tel.: _____

Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation

- Manifestation: Husten Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt) Brustschmerzen Atembeschwerden
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) Halsschmerzen andere akute Atemwegserkrankungen
 Anosmie Ageusie Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (ohne andere Ätiologie)
 akute Verwirrtheit / Verschlechterung des Allgemeinzustandes ohne andere Ätiologie
 gastrointestinale Symptome (z.B. Durchfall, Erbrechen, Bauchschmerzen)
 Kopfschmerzen Muskelschmerzen Hautausschläge
 keine Symptome andere Symptome: _____

Manifestationsbeginn: ____/____/____

- Grunderkrankung: Diabetes Herz- Kreislauferkrankung Immunsuppression Chronische Nierenerkrankung
 Hypertonie Chronische Atemwegserkrankung Krebs Adipositas (BMI >35)
 keine andere: _____

Raucher: ja nein unbekannt

Schwangerschaft: ja nein unbekannt

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

Grund für den Test: Symptome kompatibel mit COVID-19 Ausbruchsuntersuchung SwissCovid App anderer: _____

Radiologie: CT-Scan vereinbar mit COVID-19 ja nein

Verlauf

Hospitalisation: nein 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

Falls Ausland, Reise mit Flugzeug Schiff Bahn Car/Bus Auto anderem, welchem: _____

Bewohner Alters- und Pflegeheim oder einer sozialmedizinischen Institution: nein ja Institution (Name, Tel.): _____

Wie: Enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall: ja nein unbekannt

Wahrscheinlichster Übertragungsweg: in Familie als Medizinal- oder Pflegepersonal in Schule/Kindergarten/Krippe bei Arbeit
 privates Fest in Disco/Club in Bar/Restaurant bei Demonstration/Veranstaltung

in spontaner Menschenansammlung unbekannt

anderer: _____

Wann: Expositionsdatum: ____/____/____ unbekannt

In Quarantäne, bevor positives Testresultat vorlag: ja nein unbekannt

Berufliche Tätigkeit: Medizinal- oder Pflegepersonal: ja nein, andere: _____

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>