



# 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>  
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- Kreislaufkrankung  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: \_\_\_\_\_

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