



Bitte ausfüllen und umgehend an
Kantonsärztin/-arzt und BAG
senden.^a
BAG Fax: +41 58 463 87 77

Neuartiges Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV)

Meldung zum klinischen Befund nach positivem Laborbefund

Patient/in

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

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

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

Diagnose und Manifestation

Manifestation: Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Husten Atembeschwerden Pneumonie (durch Bildgebung bestätigt) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

Durchfall andere Symptome: _____

Manifestationsbeginn: __/__/____ keine Symptome

Grunderkrankung: Diabetes Hypertonie andere: _____

Labor:

Referenzlabor CRIVE/NAVI in Genf (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)

anderes Labor, Name/Tel: _____

Entnahme-Datum: __/__/____

Verlauf

Hospitalisierung: ja, Eintrittsdatum: __/__/____ ICU Aufenthalt, falls ja: mit Beatmung

Todesfolge: ja, Todesdatum: __/__/____

Exposition In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn

Wo: CH Ausland, Land: _____ unbekannt

Wann: von __/__/____ bis __/__/____ unbekannt

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

Falls ja: in Familie als Medizinal- oder Pflegepersonal

andere Kontakte: _____

Reisetätigkeit während infektiöser Periode: ja nein unbekannt

Falls ja: Airline: _____ Flugnr.: _____ Abflug: Ort/Datum/Zeit _____ Ankunft: Ort/Datum/Zeit _____ Sitznr.: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Massnahmen

Patient isoliert: ja nein falls ja: im Spital zu Hause Beginn: __/__/____

Exponierte Personen während der infektiösen Periode: Familie / soz. Umfeld Arbeit, Krippe, Schule, Sportteam
 Spital, Heim, Praxis identifizierbare Passagiere (Flug, Kreuzfahrt, Pauschalreise)
 andere: _____

Kontaktpersonen identifiziert: ja nein falls ja, Anzahl: _____

informiert: ja nein

unter Quarantäne: ja nein

Andere Massnahmen: _____

Bemerkungen

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____

Falls enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall:

Fall ID des Ausgangsfalls: _____

Datum: __/__/____ Unterschrift: _____

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