



# 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: \_\_\_\_\_

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>