



Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Ergänzungsmeldung

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Patient/in

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

Todesdatum: ___/___/____

Diagnose und Manifestation

- Abschliessende Diagnose nach Tod:
- sporadische CJK
 - iatrogene CJK
 - familiäre CJK
 - variante CJK

- Diagnose durch Autopsie oder Hirnbiopsie bestätigt:
- ja, am nationalen Zentrum für humane Prionosen
 - nein, keine CJK
 - nein, nicht durchgeführt

Getroffene Massnahmen

.....

.....

.....

.....

.....

Bemerkungen

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

Datum: ___/___/____ Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Datum: ___/___/____ Unterschrift: _____

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