



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

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Ergänzungsmeldung

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 www.bag.admin.ch/infreporting