



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

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

<sup>a</sup> Aktuelle Formulare abrufbar unter [www.bag.admin.ch/infreporting](http://www.bag.admin.ch/infreporting)