



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 <https://www.bag.admin.ch/infreporting>