FO Einverständniserklärung Obduktion

Institut für Pathologie
PD Dr. med. A. M. Gassel
Virchowstr. 20
46047 Oberhausen
Tel: (0208) 881-3150
Fax: (0208) 881-3155

EKO.
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Ein Haus der ATEGRIS

Hier bitte Patientenaufkleber einfügen

S – Nr.

Nur für internen Vermerk
Institut für Pathologie

Hiermit erkläre ich mein / erklären wir unser Einverständnis, dass mein / unser

_____
Verwandtschaftsverhältnis

obduziert wird.

Ich versichere / wir versichern, der bzw. die nächste bzw. nächsten Angehörige(n) zu sein.

Name und Anschrift des (der) Unterzeichner (s):

_____

_____

_____

_____

Ort / Datum: _____

_____
Unterschrift Angehörige

_____
Unterschrift Arzt