

Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel

Tel.: (0208) 881-3150

Fax: (0208) 881-3155

Hier bitte Patientenaufkleber einfügen

S – Nr.

Barcode
Institut für Pathologie

Verstorben am:		Uhrzeit:	
Todesort:			
Klinische Todesursache:			
Körpergröße:		Körpergewicht:	
Anamnese / klinische Fragestellung: Bitte möglichst genaue Angaben, z. B. klinische Befunde, Verlauf, Laborwerte usw.)			
Berufskrankheit bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?		MDE:	%
Die Einverständniserklärung der Angehörigen ist beigefügt			<input type="checkbox"/>
(siehe Einverständniserklärung Obduktion bzw. Einverständniserklärung der Eltern bei Foeten/Totgeborenen)			
Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass eine natürliche Todesursache vorliegt.			

Name behandelnder Arzt/Abteilung

Telefonnummer

Unterschrift behandelnder Arzt