

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Totenbegleitschein für die Pathologie / Antrag zur klinischen Obduktion (bitte vom Kliniker ausfüllen und Faxen an 0431-500 - 15 504)

Einwilligung zur klinischen Obduktion

- Einwilligung liegt vor von (Name/Status): _____
- Obduktion verweigert von (Name/Status): _____
- Nur Teilobduktion gewünscht von (Körperteil): _____

Todesart

Gibt es Anhaltspunkte für ein nichtnatürliches Geschehen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt?
(siehe Auflistung in amtlicher Todesbescheinigung)

- nein** **ja (welche?)** _____

Wenn **nein** dann Überführung in die Pathologie, wenn **ja** Kriminalpolizei kontaktieren und Überführung in die Rechtsmedizin

Allgemeine Angaben

Aufnahmedatum _____ Station _____

Todesdatum _____ Stationsarzt/-ärztin _____

Abteilung _____ Tel.: _____

Klinische Angaben

Anamnese und Vorerkrankungen

Klin. Diagnose: _____

Berufskrankheiten: _____

Risikofaktoren: Hypertonus Diabetes mellitus Alkohol Rauchen

Infektionen: Hepatitis HIV Tbc CJD andere

Todesursache: _____

Besondere klinische Fragestellung: _____

Gewebsentnahmen für Transplantationszwecke

Cornea **nein** **ja** Sonstige

Zustimmung liegt vor von (Name, Status): _____

Absenderstempel:

Datum/Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____