

Postfach 101762 45617 Recklinghausen
Mühlenstr. 31 45659 Recklinghausen

Telefon 02361/9300-0
Telefax 02361/9300-93
pathologie.re@t-online.de

Name des Verstorbenen:

Vorname:

geb.:

Anschrift:

Versichert durch:

stationär aufgenommen am:

gestorben am:

obduziert am:

obduzierender Arzt:

Besteht die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Tod und:

Unfall: _____

Berufsleiden: _____

Kriegsleiden: _____

Krimin. Geschehen: _____

Totenschein ausgefüllt und unterschrieben: _____

Natürlicher Tod: _____

Klinische Todesursache: _____

Obduktion genehmigt: _____

In Auftrag gegeben, Tel.-Nr.: _____

Chefarzt:

Stationsarzt:

War die Leiche beschlagnahmt: _____

ggf. freigegeben am: _____ durch: _____

bitte wenden

Hauptdaten der Krankengeschichte:

Grund der jetzigen Krankenhausaufnahme:

Klinische Diagnose(n):

Wichtige Therapiemaßnahmen
(z.B. radioaktive Substanzen etc.):

Besondere klinische Fragestellung für die Obduktion:

Vorausgegangene histologische Untersuchungen:
(ggf. E.-Nr.)

Klinik-Stempel:

Zuständiger Arzt:
