

Pathologisches Institut, Postfach 101762, 45617 Recklinghausen

Postfach 10 17 62
Mühlenstr. 31

45617 Recklinghausen
45659 Recklinghausen

Telefon 02361 / 93 00-0
Telefax 02361 / 93 00-93
www.pathologie-re.de

Pathologie.re@t-online.de

Auftrag zur Durchführung einer Obduktion

Name des Verstorbenen, Vorname: _____
(ggf. Aufkleber)

Geburtsdatum: _____ Datum: _____

Stationär aufgenommen am:

gestorben am:

Obduktion am:

obduzierender Arzt/Ärztin:

Besteht die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Tod und :

Unfall: _____

Berufsleiden: _____

Kriegsleiden: _____

Kriminelles Geschehen: _____

Totenschein ausgefüllt und unterschrieben: _____

Klinische Todesursache: _____

Natürlicher Tod (zutreffendes ankreuzen): Ja Nein ungeklärt

Obduktion genehmigt: _____

Das Einverständnis der Angehörigen zur Obduktion liegt vor (zutreffendes ankreuzen):

Ja

Nein

In Auftrag gegeben, Tel-Nr.: _____

Chefarzt:

Stationsarzt:

War die Leiche beschlagnahmt: _____

Ggfs. freigegeben am: _____ durch: _____

Pathologisches Institut, Postfach 101762, 45617 Recklinghausen

Postfach 10 17 62
Mühlenstr. 31

45617 Recklinghausen
45659 Recklinghausen

Telefon 02361 / 93 00-0
Telefax 02361 / 93 00-93
www.pathologie-re.de

Pathologie.re@t-online.de

Auftrag zur Durchführung einer Obduktion

Hauptdaten der Krankheitsgeschichte:

Grund der jetzigen Krankenhausaufnahme:

Klinische Diagnose(n):

Besondere klinische Fragestellungen für die Obduktion:

Klinik-Stempel:

Zuständiger Arzt/Ärztin: