

Diesen Teil bitte bei jedem Todesfall ausfüllen

**AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH**

Pathologisches Institut / Fachbereich Pathologie des MVZ, Chefärztin Prof. Dr. med. I. Bittmann

Elise-Averdieck-Str. 17, 27356 Rotenburg (Wümme)° Tel.: 04261/77-2440 – Fax: 04261/77-2022 e-mail: pathologie@diako-online.de

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Fachabt.: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

S-Ne.:	_____
Sektion am:	_____
Uhrzeit:	_____
Ort:	_____
Obduzent:	_____

gest. am: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

behand. Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

1. Todesart laut Todesbescheinigung:

Natürlich

Nichtnatürlich

Ungeklärt

Meldung an die Polizei ggf. schon erledigt?

Ja

Nein

2. Verdacht auf meldepflichtige Infektionskrankheit?

Wurde diese bereits dem Gesundheitsamt gemeldet?

3. Berufliche Tätigkeit (falls bekannt) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes / Klinikstempel

**Sektionsantrag**

Die Obduktion wird von ärztlicher Seite gewünscht, die Angehörigen haben keinen Einspruch eingelegt und sind mit der Obduktion einverstanden (dies wird durch die Unterschrift des Arztes bestätigt).

Einwilligung der nächsten Angehörigen liegt vor?

ja

nein

Wenn ja: von wem? \_\_\_\_\_

mündlich

schriftlich

**Klinische Angaben:**

Diesen Teil nur bei gewünschter Sektion ausfüllen

**Besondere Fragestellung:**

**Folgende Katheter, Tuben, Drainagen, Herzschrittmacher etc. sind bereits auf der Station entfernt bzw. inaktiviert worden:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/ Klinikstempel