



Hiermit stimme ich der Obduktion von

Vorname: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Angehörigenverhältnis: _____

Ohne / mit Einschränkungen zu.

Zusicherung der Kostenübernahme durch Klinik / Angehörigen:
(nicht zutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift