



Klinik / Station: _____

Patientendaten:

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

verstorben: _____ (Tag/Uhrzeit)

Pathologie München-Nord

Ernst-Platz Str. 2, 80992 München

Postfach 190742, 80607 München

Tel: 089 127 37 40

Fax: 089 127 37 474

E-Mail: info@pathologie-muenchen.de

Schriftliche Einwilligungserklärung der Angehörigen liegt vor: ja
 nein

Todesursache: natürlich
 nicht natürlich
 unklar

Infektiöse Erkrankung: Tuberkulose HIV
 Hepatitis B Hepatitis C
 Creutzfeld-Jakob Erkrankung Diabetes mellitus
 Hypertonus Nikotinabusus

Klinische Angaben: Anamnese, Untersuchungen

Therapie: Operationen, Medikamente

Klinische Verdachtsdiagnosen / Fragen an den Pathologen

Ort/Datum

Name des Arztes

Unterschrift/Stempel



Hiermit stimme ich der Obduktion von

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Angehörigenverhältnis: _____

ohne mit Einschränkungen zu.

Zusicherung der Kostenübernahme durch: Klinik _____

Angehörigen _____

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift