

Leichenbegleitschein

Bitte vollständig ausfüllen und per Fax an: 0551/39-8627!

Patientendaten (Patientenaufkleber) Name, Vorname _____ Adresse _____ Geburtsdatum _____	Station/Einrichtung: _____ Zuständiger Arzt/Ärztin _____ Telefon _____ Pieper _____
--	---

Todestag und -stunde: _____ natürl. Tod nicht natürl. Tod unklare Todesursache

Autopsie gewünscht

Zustimmung liegt vor vom Verstorbenen von Angehörigen _____
 (Name des Angehörigen)

Infektiosität

Hep C HIV Tbc
 Antibiotikaresistente Keime andere _____

Der nächste Angehörige ist wegen einer Wiederholung der äußeren Leichenschau im Rahmen des Leichenschaukurses für Studierende der Abteilung Rechtsmedizin angesprochen worden.

Er/Sie hat zugestimmt nicht zugestimmt

Diagnosen, Vorgeschichte, Krankheitsverlauf:

– Bei Obduktionen bitte letzten Arztbrief und Laborbefunde beifügen! –

_____ Datum Name des Arztes/Ärztin (**Druckbuchstaben**) Unterschrift