

Leichenbegleitschein

Station oder Einrichtung:

Zuständiger Arzt/ Ärztin:

Telefon Pieper

Patientendaten (Aufkleber oder entsprech. Angaben)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

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

Der nächste Angehörige ist wg. einer Wiederholung der äußeren Leichenschau im Rahmen des Leichenschaukurses für Studierende angesprochen worden. Er/ sie hat zugestimmt nicht zugestimmt

Autopsie gewünscht

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

oder

Information der Angehörigen über Widerspruchsrecht ist erfolgt

am **mit** **durch**
(Datum u. Uhrzeit) (Name des Angehörigen) (gesprächsführ. Person/ Arzt)

Tod durch primäre oder sekundäre Hirnschädigungen (wenn ja, Erhebungsbogen nach § 11 Transplantationsgesetz ausfüllen und an das Transplantationsbüro TL 184 schicken!)

Infektiosität, weiche **Übertragungsgefahr** bei Kontakt von Angehörigen
(nur bei hämorrh. Fieber, Pest, Pocken, Polio u. Tollwut!)

Infektionsgefährdung bei Sektionen (z.B. Hep., HIV, Tbc, SARS)

Diagnosen, Vorgeschichte, Krankheitsverlauf

Göttingen, den
(Name des Arztes/ der Ärztin in Druckbuchstaben) (Unterschrift)