


Geltungsbereich: KVSW allgemein	Formular Obduktionsantrag	 Klinikverbund Südwest ID-Nummer: D3566
---	--	--

Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska pathologie@klinikverbund-suedwest.de	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894
---	---	--

OBDUKTIONSANTRAG

(es wird aus rechtlichen Gründen gebeten, die Fragen vollständig zu beantworten)

Einsenderadresse < Anrede > < Vorname > < Nachname > < Abteilung > Station: < Strasse - Haus-Nr.> <PLZ> < Ort >	Patientendaten <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small> Beruf: verstorben am: Uhrzeit: <hr/> Sektionsnummer: <hr/> Datum Sektion:
--	--

Leichentransport durch Firma Sommerer -> Tel.: 07034 655 446

Klinische Angaben: Einverständnis der Angehörigen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Anlage die unterschriebene Einverständniserklärung Natürliche Todesart <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nicht natürliche Todesart <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ungeklärte Todesart <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Freigabe Staatsanwalt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Infektiöse Erkrankungen <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV / HDV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/> Covid-19 <input type="checkbox"/> Andere: Leichentransport nach Böblingen beauftragt <input type="checkbox"/> Totgeburt <input type="checkbox"/> SSW:
Kurze Anamnese / Befunde / Hinweise Klinische Todesursache:

Datum / Ort _____ **Unterschrift des anfordernden Arztes:** _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Verfasser: I. Dostler, T. Kocabey	Freigabe: Dostler, Irina	Gültig bis: 30.09.2023	Bestellnummer:
Gedruckt: 22.01.2024	Jeder Papierausdruck ist auf Aktualität zu prüfen.		Seite 1 von 2

Einverständniserklärung Obduktion

Ich, (Vor- und Nachname)

geboren am (Geburtsdatum) ,

wohnhaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) ,

gestatte als (nächster) Angehöriger die Obduktion des unten genannten Patienten durch das Institut für Pathologie, Böblingen.

Patientendaten <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small>
Empty space for patient data

Ort, Datum

Unterschrift