



Bitte vorab per FAX 0721/8108-3700

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Religion:
Beruf:
Familienstand:
Wohnort:
Straße:
Aufnahmetag:
Klinik, Station:
Krankenblatt-Nr.

S-
bit

Gestorben am:
Uhrzeit:

Behandelnder Arzt/Klinik
Telefon:

Verdacht auf nicht -natürlichen Tod	Ja	Nein	Die Obduktion wird erbeten
Wurde dieser bereits der Polizei gemeldet	Ja	Nein	Die Angehörigen wurden von der A
Verdacht auf meldepflichtige Infektionskrankheit	Ja	Nein	eine innere Leichenschau durchzu
Wurde diese bereits dem Gesundheitsamt gemeldet	Ja	Nein	in Kenntnis gesetzt
Berufsleiden	Ja	Nein	Wurde der inneren Leichenschau
Versorgungsleiden	Ja	Nein	der Frist widersprochen

Klinische Diagnose: _____

Hauptdaten der Krankengeschichte: _____
(Anamnese, Verlauf, Therapie)

Klinische Todesursache: _____

Besondere Hinweise: _____

Besondere Fragestellungen: _____

Frühere histologische Untersuchungen (Unters.-Nr.) _____

Datum

Unterschrift des Arztes

Telefon