

An das Pathologische Institut der LMU München

Klinik

Pathologie

| | |
|----------------|-----------|
| Klinik: | Sekt.Nr.: |
| Abt./Station: | Datum: |
| Stat.-Arzt: | Uhrzeit: |
| Tel./Nebenst.: | Obduzent: |

Es wird – auch aus rechtlichen Gründen – gebeten, die Fragen vollständig zu beantworten

| | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----------|----------|
| Name, Vorname: | | | |
| Geb.: | stat. aufgenommen: verlegt von: | gest.: | Uhrzeit: |
| Staatsangehörigkeit: | | Religion: | |
| Beruf: | | | |
| Anschrift: | | | |
| Angehörige: | | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|
| *Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> | Nicht natürlicher Tod <input type="checkbox"/> | unklar <input type="checkbox"/> |
| * Staatsanwaltliche Freigabe? <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gemeldet <input type="checkbox"/> noch nicht entschieden | | |
| Klin. Interesse an der Obduktion <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein |
| Zustimmung der Sektion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja durch wen? | | Teilsektion? Welche? |
| Einwilligung der Verwendung von entnommenem Material für Forschung verweigert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |

Klinische Angaben (kurze Anamnese, ggf. Vorerkrankungen/Grundleiden, allgemeiner Krankheitsverlauf, OPs, Therapien, körperliche Untersuchung, ggf. Laborbefunde, wichtige Befunde aus Mikrobiologie/Labormedizin/ etc.)

Klinische Angaben (Fortsetzung)

Klin. Todesursache (genaue Angabe): _____

Klin. Todesursache (Überbegriff):

Kardiovaskulär

Pulmonal

ZNS

Sepsis/Infektiös

Tumorleiden

Sonstige:

Klin. Fragestellung(en):

München, den _____

Stempel/ Unterschrift Arzt: _____

Tel. für Rückfragen: _____
