

Autopsie / Postmortale Diagnostik

Einsender

Name

Vorname

Praxis/Spital

Adresse

PLZ/Ort

Telefon

Bericht per E-Mail: (nur HIN gesichert)

PatientIn

Name

Vorname

Adresse

PLZ/Ort

männlich

weiblich

Geb.-Datum:

Todesdatum

Todeszeit

Berichtskopie an: (vollständige Adresse)

Liegt ein ausserordentlicher Todesfall vor (z. B. Gewalt Dritter, Suizid, Verkehrsunfall, sonstwie unklar)

ja

nein

Wenn ja, ist die Leiche vom Untersuchungsrichter trotzdem ausdrücklich freigegeben worden?

ja

nein

Zustimmung der Angehörigen liegt vor

Zustimmung liegt noch nicht vor: Bitte vor Freigabe zur Bestattung Rückfragen unter Telefon:

Postmortale Diagnostik/Autopsie (PMD)

Abdomen-Thorax-Hirnsektion

Abdomen*

Thorax*

Hirnsektion*

*Kombination möglich

Einzelorgane (bitte spezifizieren):

Klinische Diagnose

Arztbrief beigelegt

Fragestellung an die Autopsie

Wichtige Zusatzinformationen für das Ärzteteam des IGMP

Datum

Ärztliche Unterschrift