



Bitte Absender einfügen (Klinikstempel)

Tel.: (0351) 458 3450
Fax: (0351) 458 4375
E-Mail: irm@rcs.urz.tu-dresden.de

Autopsieschein

Name, Vorname d. Verstorbenen: geb.

Todeszeitpunkt (Datum und Uhrzeit):

Die Frage der Obduktion wurde von Dr.

der Klinik Station

mit den Angehörigen (Ehegatte, Sohn, etc.)

Name besprochen.

Durchführung der Obduktion wurde	abgelehnt	<input type="checkbox"/>
	nicht gefragt	<input type="checkbox"/>
	zugestimmt	<input type="checkbox"/>

Entnahme der Hornhaut des Auges	zugestimmt	<input type="checkbox"/>
	abgelehnt	<input type="checkbox"/>

I. Anamnese / Grundkrankheit / Krankheitsverlauf:

II. Klinische Todesursache:

III. Wesentliche bekannte Begleiterkrankungen:

IV. Fragestellungen: