

Sektionsantrag

(Pat.) Name, Vorname: _____

geb. _____ ehem. Beruf: _____ **S Nr.** _____ / _____

Anschrift: _____

Klinikaufnahme am: _____ unter Nr. _____

gestorben am: _____ behand. Arzt: _____

seziert am: _____

sezier. Arzt: _____ Prosektor: _____

Klin. Diagnose: _____

Infektiöse Erkrankungen? unbekannt HIV TBC Hep B Hep C
 nein andere: _____

Hauptdaten der Krankheitsgeschichte: _____

Angehörige sind vom Tod verständigt: ja nein
 Sektion erlaubt Sektion verboten

Natürlicher Tod: ja nein

Bei Verdacht auf nicht natürlichen Tod:
Freigabe durch Staatsanwalt vorhanden?
 ja nein

Klinik

Station

Telefonnummer

Datum, Unterschrift

Sektionsbericht an: _____

Der Sektionsbericht darf zu wissenschaftlichen Arbeiten und Gutachten nur mit Genehmigung des Institutsdirektors verwendet werden.