

Sektionsantrag | Leicheneinweisungsschein

Patient (Etikett)	m	w	Sektionsnummer
Name:	geb. am:		Antragsteller/Einweiser (Stempel)
Vorname:			
Anschrift:			
Todestag:	Sterbezeit:		

Natürlicher Tod Nicht natürlicher Tod Todesart ungewiss

Durchführung einer klinischen Sektion

vom behandelnden Arzt beantragt

von Angehörigen zugestimmt

Teilsektion:

vom Patienten lt. Behandlungsvertrag zugestimmt

von Angehörigen abgelehnt

vom Patienten abgelehnt

keine Angehörigen

Klinische Todesursache lt. Leichenschauschein:

ICD-Code:

I. a)

b)

c)

II.

Anamnese | klinische Befunde:

Infektionserkrankung bekannt:

HIV

Hepatitis B/C

TBC

Andere:

Besondere Fragestellung:

Datum

Anfordernder Arzt

Telefon

Unterschrift