

# Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik

Abteilung für Molekularpathologie des Zentrums für Rheumapathologie der WHO in Mainz  
Referenzzentrum für Implantatpathologie/Biomaterialien

E-Mail: [praxis@patho-trier.de](mailto:praxis@patho-trier.de) Web: [www.patho-trier.de](http://www.patho-trier.de)  
Tel.: ++49-(0)651-99258320 Fax: ++49-(0)651-99258383  
☒ Max-Planck-Str. 18+20 ☒ D-54296 TRIER ☒



GMP Dr. med. K. Hinkeldey ♦ Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann ♦ Dr. med. habil. M. Otto ♦ Dr. med. Burg ♦ Prof. Dr. med. V. Krenn

Es wird um sorgfältige Ausfüllung der Fragen gebeten!

**Klinik** \_\_\_\_\_  
**Station** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_  
**Stationsarzt** \_\_\_\_\_  
**Datum** \_\_\_\_\_  
**Todestag** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit** \_\_\_\_\_

Patientendaten

**Anzeige an die Staatsanwaltschaft** (bei fehlenden Angaben keine Obduktion!)

ist erstattet

kommt nicht in Betracht

**Sektionseinwilligung durch die Angehörigen**

(bei fehlenden Angaben keine Obduktion möglich!)

liegt vor

liegt nicht vor, Begründung: \_\_\_\_\_

## Infektionsstatus

(bei fehlenden Angaben keine Obduktion möglich!)

<b>Hepatitis B</b>	<input type="radio"/> pos.	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> nicht geprüft
<b>Hepatitis C</b>	<input type="radio"/> pos.	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> nicht geprüft
<b>HIV</b>	<input type="radio"/> pos.	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> nicht geprüft

**V.a. weitere ansteckende Krankheiten (z. B. Influenza, Tuberkulose etc.):**

**Diagnostische oder therapeutische Anwendung von radioaktiven Stoffen?**

## Anamnese

## Klinischer Befund und Diagnose

**Fieber**  ja  nein **Hypertonie: ja/nein** **RR (prä mortal)** **BSG**  
**Pathologisches Blutbild:** \_\_\_\_\_

**Pathologischer Harnbefund:** \_\_\_\_\_ **Blutkultur:** \_\_\_\_\_  
**Blutzucker:** \_\_\_\_\_

**Auffällige Serumwerte:** \_\_\_\_\_

**Leberfunktionswerte:** \_\_\_\_\_

**Radiologische Befunde:** \_\_\_\_\_

**Therapie (medikamentös, operativ etc.):** \_\_\_\_\_

**Aussteller** (Name in Druckschrift oder Stempel + Unterschrift)