

**MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH**

Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann  
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. M. Otto  
Prof. Dr. med. V. Krenn  
Prof. Dr. med. B. Klosterhalfen

Max-Planck-Str. 5, 54296 Trier  
Tel.: +49(0)651-99258320  
Fax: +49(0)651-99258383  
Email: praxis@patho-trier.de  
Homepage: www.patho-trier.de



**Antrag Obduktion**

Es wird um sorgfältige Ausfüllung der Fragen gebeten!

Patientendaten:

**Klinik**

**Station** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Stationsarzt** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Todestag** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit** \_\_\_\_\_

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

ist erstattet

kommt nicht in Betracht

**Sektionseinwilligung durch die Angehörigen**

*(bei fehlenden Angaben sowie ohne Einwilligung ist im Allgemeinen keine Obduktion möglich!)*

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

**Infektionsstatus**

(bei fehlenden Angaben keine Obduktion möglich!)

**Hepatitis B**  pos.  neg.  nicht geprüft

**Hepatitis C**  pos.  neg.  nicht geprüft

**HIV**  pos.  neg.  nicht geprüft

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anamnese**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Klinischer Befund und Diagnose**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH**

Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann  
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. M. Otto  
Prof. Dr. med. V. Krenn  
Prof. Dr. med. B. Klosterhalfen

Max-Planck-Str. 5, 54296 Trier  
Tel.: +49(0)651-99258320  
Fax: +49(0)651-99258383  
Email: praxis@patho-trier.de  
Homepage: www.patho-trier.de



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)

---

---

---

---