

MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto (Ärztlicher Leiter)

Dr. rer. nat. Petra Wandernoth

Max-Planck-Str. 5, 54296 Trier

Tel.: +49(0)651-948710

Fax: +49(0)651-948711234

Email: praxis@patho-trier.de

Homepage: www.patho-trier.de



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik

Antrag Obduktion

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 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

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto (Ärztlicher Leiter)

Dr. rer. nat. Petra Wandernoth

Max-Planck-Str. 5, 54296 Trier

Tel.: +49(0)651-948710

Fax: +49(0)651-948711234

Email: praxis@patho-trier.de

Homepage: www.patho-trier.de



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik

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)
