



Anmeldeformular Autopsie

Auftraggeber: (Bitte Stempel)	Klinikeintritt (Datum)
Behandelnder Arzt	Todeseintritt (Datum, Zeit): Uhr
Telefon:	
Kopie des Autopsieberichts an:	
<input type="checkbox"/> Angehörigengespräch betreffend Autopsie geführt durch: (Name Arzt) _____ am _____	
<input type="checkbox"/> Zustimmung zur Autopsie: durch _____	
<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Todesfall (Unfall, Suizid, Delikt inkl. Spätfolgen davon) <input type="checkbox"/> Meldung an Polizei oder Staatsanwaltschaft ist erfolgt	
<input type="checkbox"/> Nach Freigabe durch Staatsanwaltschaft oder Polizei wird eine Klinische Autopsie gewünscht	

Einweisungsgrund:

Grundleiden:

Verlauf während aktuellem Spitalaufenthalt:

Wir bitten (falls vorhanden) um einen aktuellen Bericht / einen Todesfallbericht!

Todesursache:

- sicher: welche?
- wahrscheinlich: welche?
- unsicher: DD?

Wichtige Punkte in der Anamnese, Nebenerkrankungen, Infektionen (HIV, Hepatitis, TBC, V.a. Creutzfeld-Jakob, etc.)

- SUVA-Fall

Bekannte klinische, radiologische oder laborchemische wichtige Zusatzbefunde

- Keine

Spezielle Fragestellung an die Pathologie

Verfasser des Autopsieauftrags: Name:	Telefon:
Datum:	Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllt und Unterschrieben an pathologie@ksw.ch senden!