



## Institut für Pathologie

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Direktor: Prof. Dr. med. G. Baretton

Sekretariat Sektion: 0351 458 3045

Fax: 0351 458 4358

Barcode

### Anforderung für eine Klinische Sektion

#### Angaben zum Verstorbenen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Beruf (falls bekannt):	Sterbedatum:

#### Klinik (Antragsteller)

Klinik:	Antragstellender Arzt:
Station:	Telefon:
	Fax:

#### Medizinische Angaben (Krankheitsverlauf, Auflistung medizinischer Eingriffe, klinische Todesursache, ggf. Infektionsgefahr)

--	--

#### Patient infektiös:

- Ja  
 Nein

#### Erreger mikrobiologisch nachgewiesen:

- Ja Erreger:  
 Nein Verdacht auf:

(bitte weiter auf Seite 2)

## Direkter Angehöriger (Zustimmung zur Sektion)

Name:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl /Ort:
<b>Beziehungsstand zum Verstorbenen</b> (Ehepartner, eingetragener Lebenspartner, Eltern, Kind, Geschwister, (...) siehe §10 des SächsBestG):	
<input type="checkbox"/> <b>schriftliche Zustimmung</b> <p>Ich habe die „<i>Informationen für Angehörige zu Obduktionen_PAT UKD</i>“ gelesen und zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ich bin mit der abschließenden Untersuchung durch den Pathologen/Neuropathologen einverstanden und willige als nächster Angehöriger (Verantwortlicher entsprechend dem §10 des Sächsischen Bestattungsgesetzes) ein, dass bestimmte bei der Obduktion entnommene Organe/ Organteile für klinische bzw. wissenschaftliche Zwecke archiviert und bearbeitet werden können.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p><i>Ort, Datum</i> <span style="float: right;"><i>Unterschrift Angehörige/r</i></span></p>	
<input type="checkbox"/> <b>mündliche/telefonische Zustimmung (Mindest-Voraussetzung für eine Klinische Sektion)</b> <p>Der oben aufgeführte Angehörige (Verantwortlicher entsprechend dem §10 des Sächsischen Bestattungsgesetzes) aufgeklärt und ist mit der abschließenden Untersuchung durch den Pathologen/Neuropathologen einverstanden. Er hat zugestimmt, dass bestimmte bei der Obduktion entnommene Organe/ Organteile für klinische bzw. wissenschaftliche Zwecke archiviert und bearbeitet werden können.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p><i>Ort, Datum</i> <span style="float: right;"><i>Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/ Arztes</i></span></p>	
<input type="checkbox"/> Es liegt bereits eine Zustimmung zur Sektion vor, welche der Verstorbene zu Lebzeiten unterzeichnet hat. Eine Zustimmung durch direkte Angehörige ist daher nicht notwendig. Die entsprechenden Dokumente liegen bei.	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt (Antragsteller)