



## 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)

<b>Patient infektiös:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Erreger mikrobiologisch nachgewiesen:</b> <input type="checkbox"/> Ja Erreger: <input type="checkbox"/> Nein Verdacht auf:

(bitte weiter auf Seite 2)

## Direkter Angehöriger (Zustimmung zur Sektion)

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl /Ort:

### Beziehungsstand zum Verstorbenen

(Ehepartner, eingetragener Lebenspartner, Eltern, Kind, Geschwister, (...) siehe §10 des SächsBestG):

**schriftliche Zustimmung**

Ich habe die „*Informationen für Angehörige zu Obduktionen\_PAT UKD*“ gelesen und zur Kenntnis genommen.

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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angehörige/r

**mündliche/telefonische Zustimmung** (Mindest-Voraussetzung für eine Klinische Sektion)

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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/ Arztes

- 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)