



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 – private Beauftragung

Eine Sektion kann durch einen direkten Angehörigen in Auftrag gegeben werden. (lt. § 15, Abs. 1 SächsBestG) Die Kosten hierfür belaufen sich etwa auf 800 – 1000 €. Eine Kostenübernahme muss durch die Angehörigen schriftlich erklärt werden. (vgl. § 15, Abs. 7 SächsBestG) Der Obduktionsbericht inklusive der Rechnung wird nach Abschluss der Untersuchung an den Auftraggeber oder auf Wunsch an den Hausarzt übersandt.

Angaben zum Verstorbenen

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

Empfänger Obduktionsbericht, wenn abweichend vom Auftraggeber (z. B. Hausarzt)

Praxis/ Name:	Telefon:
	Fax:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl/ Ort:

Direkter Angehöriger (Antragsteller)

Name:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl /Ort:
Beziehungsstand zum Verstorbenen (Ehepartner, eingetragener Lebenspartner, Eltern, Kind, Geschwister, (...)) siehe §10 des SächsBestG):	

Beauftragtes Bestattungsunternehmen

Unternehmen/ Name:	Telefon:
	Fax:
Straße, Hausnummer:	Postleitzahl /Ort:

(bitte weiter auf Seite 2)

Medizinische Angaben durch den Hausarzt

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

Zustimmung zur Sektion und Kostenübernahmeerklärung

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.

Des Weiteren erkläre ich mit der Beauftragung zur Sektion die Übernahme der entstehenden Kosten.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller (Angehöriger)

Unterschrift Hausarzt