

## Anforderung einer Obduktion - Fetal-perinataler Todesfall

**Frucht/Kind der Frau**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: .....

AZ/Fallzahl: .....

**Einsenderangaben/Stempel**

Arzt/Ärztin: .....

Klinik/Abteilung: .....

Tel.Nr.: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Obduktion:**     nein     ja     dringend

**Bestattung:**     Sammelbestattung     Einzelbestattung     Unbekannt

**Datum/Zeit der**  Ausstoßung     Geburt: ..... : ..... Uhr

**Datum/Zeitpunkt des Todes:** ..... : ..... Uhr

**Pathologie**

Eingangsdatum/-zeit

E-Nr.  
BARCODE

**SSW:**.....

**Größe:**.....

**Gewicht:**.....

**Klinische Angaben/Komplikationen:**

**Arzt/Ärztin für Rückfragen:**

**Name:** .....

**Tel.Nr:** .....