



Anforderung einer Obduktion - Fetal-perinataler Todesfall

Medizinische Universität Graz

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: