

## 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.: .....

Unterschrift: .....

**Obduktion:**     klinisch gewünscht     klinisch nicht erforderlich     von den Eltern nicht gewünscht

**Bestattung:**     Sammelbestattung     Einzelbestattung     Unbekannt

### Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr.  
BARCODE

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

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

**SSW:**.....

**Größe:**.....

**Gewicht:**.....

### Klinische Angaben/Komplikationen:

### Arzt/Ärztin für Rückfragen:

**Name:** .....

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

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden