

Pathologie

Schönbeinstrasse 40
CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57
Telefax +41 61 265 31 94

Autopsie

(Bitte dieses Formular mit der/dem Verstorbenen abgeben)

| | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|-------|
| Name, Vorname, Ledigennamen | Geburtsdatum T T M M J J J J □ □ □ □ □ □ □ □ | Geschlecht M W □ □ | Beruf |
| Adresse (Strasse, Nummer, PLZ, Ort) | | | |

Berichtskopie(n) an (bitte Name, Vorname und Adresse der Empfänger angeben):

Gestorben am (Tag und Stunde):

Klinische Diagnosen, auch früherer Erkrankungen (bitte keine Abkürzungen):

Fragen an die Klinik: Bestehen Hinweise für eine Infektionskrankheit? NEIN JA _____

Fragen an die Pathologie:

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| Der Autopsie wurde zugestimmt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Durch: | | |
| • Frau/Herrn | | |
| Verwandtschaftsgrad | | |
| • Angaben in Patientenverfügung <input type="checkbox"/> | | |
| Gewebeproben, die im Rahmen der Autopsie entnommen werden, dürfen für allfällige Forschungsprojekte verwendet werden, wenn Angehörige oder Verstorbene zu Lebzeiten (z.B. in einer Patientenverfügung) zugestimmt haben. Die Entnahme darf zu keiner sichtbaren Veränderung des Körpers führen. | | |
| Der Verwendung der Hornhaut zur Transplantation wurde zugestimmt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Der Verwendung von Gewebe zu Forschungszwecken wurde zugestimmt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Der Verwendung von Gewebe zu Lehrzwecken wurde zugestimmt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Benachrichtigung gewünscht
vor/während/nach der Autopsie
unter Cordless

Name u. Cordless des diensthabenden Arztes
(bitte Blockbuchstaben)