

**Bitte den Sektionsantrag vorab bis spätestens 9.00 Uhr per Fax übermitteln (Fax-Nr. -2102)!**

Tag der Sektion	Sektionsnr.
-----------------	-------------

## Sektionsantrag

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
PLZ/Wohnort _____
Straße/Hausnr. _____
Station _____

Sterbedatum und -uhrzeit _____
Aufnahmetag _____
Antragstellende/r Ärztin/Arzt _____
Tel. Arzt / Ärztin _____
Tel. Station _____

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Der Verstorbene oder der/die erreichbare nächste Angehörige haben der Obduktion zugestimmt. Ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen ist nicht bekannt.  
Name des/der einwilligenden Angehörigen: \_\_\_\_\_
- Eine Willensäußerung des Verstorbenen ist nicht bekannt, Angehörige sind nicht vorhanden, und es besteht ein dringendes medizinisches Interesse an der Durchführung der Obduktion.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Besteht ein Anhalt für eine nicht natürliche Todesursache?     nein     ja \_\_\_\_\_
- Berufserkrankung vermutet oder anerkannt?     nein     ja \_\_\_\_\_
- Infektiöse Erkrankung vermutet oder nachgewiesen?     nein     ja \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnosen (Grundleiden):**

**Klinische Todesursache:**

**Angaben zu Anamnese, klinischem Verlauf, wichtigen Befunden, ggf. Therapiemaßnahmen:**

**Besondere Fragestellung:**

*(evtl. Fortsetzung auf der Rückseite)*

Datum, Unterschrift des/r antragstellenden Arztes / Ärztin \_\_\_\_\_