

Formulare

FO – 2.2 – 170 b Einverständniserklärung Obduktion

Institut für Pathologie
PD Dr. med. A. M. Gassel
Virchowstr. 20
46047 Oberhausen
Tel: (0208) 881-3150
Fax: (0208) 881-3155



Hier bitte Patientenaufkleber einfügen

S – Nr.

Nur für internen Vermerk
Institut für Pathologie

Hiermit erkläre ich mein / erklären wir unser Einverständnis, dass mein / unser

_____ Verwandtschaftsverhältnis

obduziert wird.

Ich versichere / wir versichern, der bzw. die nächste bzw. nächsten Angehörige(n) zu sein.

Name und Anschrift des (der) Unterzeichner (s):

Ort / Datum: _____

Unterschrift Angehörige

Unterschrift Arzt

Erstelldatum	Revision	Datum Änderung	Titel	Seite
15.06.2007	1.1	24.06.2010	FO - 2.2 - 170 b Einv. Obdukt..doc	Seite 1 von 1