Prof. Dr. med. P. Ströbel	INSTITUT FÜR PATHOLOGIE	UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG
Tel. 0551/39-8640, Fax: 0551/39-12947	Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen	www.pathologie-umg.de

Leichenbegleitschein

Bitte vollständig ausfüllen und per Fax an: 0551/39-12947

Patientendaten (Patientenaufkleber)	**Station/Einrichtung:**
_____ Name, Vorname	_____ Zuständiger Arzt/Ärztin
_____ Adresse	_____ Telefon _____ Pieper
_____ Geburtsdatum	

Todestag +-stunde: ____ ____ ____ (TT MM JJJJ)	___ : ___Uhr	☐ **natürlicher Tod**	☐ **meldepflichtiger Tod***

Eine Meldepflicht liegt insbesondere vor, wenn – *bitte ankreuzen!

- ☐ 1. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine Selbsttötung, einen Unfall oder ein Einwirken Dritter verursacht ist (nicht natürlicher Tod),
- ☐ 2. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung verursacht ist,
- ☐ 3. Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass der Tod auf eine außergewöhnliche Entwicklung im Verlauf der Behandlung zurückzuführen ist
- ☐ 4. der Tod während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauffolgenden 24 Stunden eingetreten ist
- ☐ 5. die Todesursache ungeklärt ist
- ☐ 6. die verstorbene Person nicht sicher identifiziert werden kann
- ☐ 7. der Tod in amtlichem Gewahrsam eingetreten ist
- ☐ 8. die verstorbene Person das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist,
- ☐ 9. bereits fortgeschrittene oder erhebliche Veränderungen der Leiche eingetreten sind

☐ **Staatsanwaltschaft** wurde verständigt

☐ **Freigabe** Staatsanwaltschaft laut Auskunft durch _____

☐ Der nächste Angehörige ist wegen einer *Wiederholung der äußeren Leichenschau* im Rahmen des Leichenschaukurses für Studierende durch die Abteilung Rechtsmedizin angesprochen worden.

Er/Sie hat ☐ zugestimmt
☐ nicht zugestimmt

☐ Autopsie gewünscht *– bitte letzten Arztbrief und Laborbefunde beifügen*

☐ **Zustimmung liegt vor** ☐ vom Verstorbenen ☐ von Angehörigen _____ (Name der/des Angehörigen)

☐ **Infektiosität** ☐ Hep B ☐ Hep C ☐ HIV
☐ Tbc ☐ Antibiotikaresist. Keime ☐ andere _____

Diagnosen, Vorgeschichte, Krankheitsverlauf:

_____

_____

_____

_____

_____

_____	_____	_____
Datum	Name des Arztes/Ärztin (**Druckbuchstaben**)	Unterschrift