

## Feten-Sektionsantrag

- Seite 1 / 2 -

Zutreffendes bitte ankreuzen!

### Personalangaben der Mutter

Name, Vorname(n) der Mutter				Wird von der Pathologie ausgefüllt		Obduktionsnummer							
Straße, Hausnummer der Mutter						L-Nummer							
PLZ, Wohnort der Mutter			Land										
Geburtsdatum der Mutter	Tag	Monat	Jahr										
Zeitpunkt der Totgeburt	Tag	Monat	Jahr		Uhrzeit (Std./Min.)		Fallnummer der Mutter		Aufnahmedatum	Tag	Monat	Jahr	

### Angaben zum Fötus

Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Schwangerschafts- woche (SW)		SW		Gewicht (g)		Gramm				Länge (cm)		cm	
---	--	--	--	---------------------------------	--	----	--	----------------	--	-------	--	--	--	------------	--	----	--

### Klassifikation des Abgangs

Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Intrauteriner Fruchttod (IUFT) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		In der Geburt verstorben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Fetozid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Fetozid der Staatsanwaltschaft gemeldet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

### Bestattungsform

Sammelbestattung     Individualbestattung

### Infektionsgefahr

Liegt eine Infektionskrankheit vor oder besteht ein entsprechender Verdacht?

nein     Hepatitis B     Tuberkulose     Antibiotikaresistente Keime     Lassa     Ebola     Yersinia Pestis  
 unbekannt     Hepatitis C     HIV     Covid 19     Marburg     Milzbrand     Creutzfeldt-Jakob

Weitere Infektionskrankheiten

### Beschlagnahmung

Besteht der Verdacht eines nicht-natürlichen Geschehens?

Natürlicher Tod     Nicht-natürlicher Tod     Polizei verständigt

### Einverständnis zur klinischen Sektion

Eine klinische Sektion kann aus medizinischer Sicht gewünscht sein, wenn gewichtiges Interesse an der Klärung der Todesursache, an der Überprüfung der Diagnose und der Therapie, der Lehre, der medizinischen Forschung oder der Epidemiologie vorliegt.

Klinische Sektion gewünscht     Keine klinische Sektion gewünscht  
 Das Einverständnis liegt vor.     Der Widerspruch liegt vor.     Die Entscheidung steht aus.     Anordnung durch Amtsarzt

### Willenserklärung der Angehörigen

Name, Vorname(n) (Verwandtschaftsgrad)

Das Einverständnis liegt vor.     Der Widerspruch liegt vor.  
 Die Angehörigen haben noch keine Entscheidung getroffen.

Das Gespräch mit den Angehörigen erfolgt noch.

Name, Vorname(n) der Ärztin, des Arztes, die das Gespräch mit den Angehörigen führen wird.

# Feten-Sektionsantrag

- Seite 2 / 2 -

Zutreffendes bitte ankreuzen!

## Klinische Angaben zur Sektion

Vorerkrankungen, ggf. histologische Vorbefunde der Mutter. Bitte unter Angabe des Instituts, das den Befund erstellt hat.

Letzter sonographischer Befund (Bitte als Kopie anhängen)

Aktuelle auffällige Befunde oder klinisch relevante oder unklare Befunde

Radiologische Untersuchung (sog. Baby-Gramm)

Ja  Nein

Entnahme für die Humangenetik erfolgt

Ja  Nein

## Fragen, die durch die Sektion zu klären sind

Medizinische Fragestellungen

## Anlagen

Sofern Anlagen beigelegt wurden, nennen Sie diese bitte.

## Kontaktdaten und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes

Name, Vorname(n)	Telefonnummer, Mail	Station der Ärztin oder des Arztes
Ort, Datum, Uhrzeit	Unterschrift der Ärztin oder des Arztes	

## Wird von der Pathologie ausgefüllt

<p>Meldung an Staatsanwaltschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Freigabe erfolgt am</p> <p style="text-align: center;">Tag      Monat      Jahr</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>											<p>Aktenzeichen</p> <hr/> <p>Freigegebene Behörde</p> <hr/> <p>Unterschrift</p>	<p><b>UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN</b>          Institut für Pathologie          Robert-Koch-Str. 40          D- 37075 Göttingen          Briefpost: 37099 Göttingen</p> <hr/> <p>Tel.: +49 (0)551 39 65681          Fax: +49 (0)551 39 68627</p>