

Leichenbegleitschein

**Anmeldung von Verstorbenen per E-Mail an:
pathologie@ukmuenster.de**
**Den ausgefüllten Leichenbegleitschein vorab per
Fax an: + 49 251 83-55460 und beim Transport dem
Verstorbenen beilegen.**
**Bei Rückfragen oder überschwerten Verstorbenen
bitte den zuständigen Mitarbeiter über
T +49 152 54 95 68 60 anrufen.**

**Gerhard-Domagk-Institut für Pathologie
Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Hartmann
Univ.-Prof. Dr. med. Eva Wardelmann**

Direktion
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D17
Anfahrtsadresse: Domagkstraße 17
48149 Münster
T +49 251 83-55450
T +49 251 83-57550 (Befundauskunft 8.00-16.00 Uhr)
F +49 251 83-55481
pathologie@ukmuenster.de
www.ukmuenster.de

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name (Verstorbener) _____ Vorname _____

Geb. Datum _____ Familienstand _____

Anschrift _____

UKM

externe Klinik

Name der Klinik _____

Direktor der Klinik _____

Name der Station _____

Telefon (Station) _____

behandelnder Arzt _____

Telefon (Arzt) _____

aufgenommen am _____ gestorben: _____
(Datum) (Datum) (Uhrzeit)

Steht der Tod im Zusammenhang mit einem:

Unfall _____ Ja Nein

Berufskrankheit _____ Ja Nein

Kriminelles Geschehen _____ Ja Nein

Totenschein ausgefüllt und unterschrieben: _____ Ja Nein

Klinische Todesursache: _____

Infektiosität: keine nicht bekannt HIV Hep. B Hep. C MRSA/VRE

Sonstiges _____

Todesart: **natürlicher Tod** **nicht natürlicher Tod** **ungeklärt**
(lt. Totenbescheinigung) (z.B. äußere Einwirkung) (in diesem Fall die Rückseite bitte sorgfältig ausfüllen)

Achtung:

Bei nicht natürlicher oder ungeklärter Todesursache hat die Staatsanwaltschaft immer eine gesetzliche Ermittlungspflicht. Der Leichnam wird beschlagnahmt und darf deshalb **vor der Freigabe durch die Staatsanwaltschaft weder obduziert noch bestattet werden!**

ggf. Freigabe durch _____
(Name, Unterschrift, Telefonnummer)

Identifikation durch:

Stationsarzt _____
(Name, Unterschrift, Telefonnummer)

und Pflegepersonal _____
(Name, Unterschrift, Telefonnummer)

Erklärung des/der Angehörigen

Ich _____ bin damit einverstanden* nicht einverstanden*
*(Name, Vorname des Angehörigen) *Zutreffendes bitte ankreuzen*

dass eine Obduktion bei meinem verstorbenen o.g. Angehörigen durchgeführt wird, bei der zu wissenschaftlichen Untersuchungen von Krankheiten und zur Sicherung der Todesursache Organe teilweise oder vollständig einbehalten werden können. Sollte nur eine Teilobduktion gewünscht sein, bitte die zu obduzierenden Organe angeben:

Ort, Datum *Beziehung zum Verstorbenen* *Unterschrift*

Bei mündlicher Abklärung der Obduktionsgenehmigung:

Datum *Name des Angehörigen* *Beziehung zum Verstorbenen* *Name des Arztes* *Unterschrift Arzt*

Hauptdaten der Krankengeschichte:

Grund der jetzigen Krankenhausaufnahme:

Klinische Diagnose(n):

Therapie (z.B. radioaktive Substanzen):

Todesursache:

Besondere klinische Fragestellung für die Obduktion:

Vorausgegangene histologische Untersuchungen (ggf. Journal-Nummer):

*Obduktion _____ *S.Nr. _____ *Obduzent _____

*Klinische Demonstration wurde am _____ von _____ durchgeführt.

(*wird vom Gerhard Domagk Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Münster, ausgefüllt)