

## Autopsie – Anmeldung

per Fax an: 071 686 22 83,      telefonisch an: 071 686 23 01

**Patient**       männlich       weiblich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Beruf  
(vor Pensionierung) \_\_\_\_\_

Todesdatum/-zeit \_\_\_\_\_

Todesort \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Patientenetikette

ausserordentlicher Todesfall? (Gewalt Dritter, Suizid, Verkehrsunfall, unklar...)       ja       nein

wenn ja:      Bezirksarzt involviert?       ja       nein

Name \_\_\_\_\_

Leiche ausdrücklich freigegeben?       ja       nein

**Grundleiden:**

**Medikamente:**

Noxen:      Nikotin      \_\_\_\_\_ py

Alkohol      \_\_\_\_\_

Drogen      \_\_\_\_\_

HIV / HBV / HCV

**Anamnese und klinische Angaben:**

**Verlauf:**

**Diagnose:**

Reanimation       ja       nein  
Schrittmacher     ja       nein

**Frühere zytologische / bioptische Untersuchungen:**

**Bildgebende Untersuchungen:**

**Labor:**

**Fragestellung:**

## Auftraggeber

Name

---

Vorname

---

Adresse

---

Telefon-Nr.

---

---

KOPIE des Autopsieberichts an:

Auftraggeber

Hausarzt

andere:

---

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

---