

Pathologie

Schönbeinstrasse 40
CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57
Telefax +41 61 265 31 94

Autopsie

(Bitte dieses Formular mit der/dem Verstorbenen abgeben)

Name, Vorname, Ledigennamen	Geburtsdatum T T M M J J J J <input type="text"/>	Geschlecht M W <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beruf
Adresse (Strasse, Nummer, PLZ, Ort)			

Berichtskopie(n) an (bitte Name, Vorname und Adresse der Empfänger angeben):

Gestorben am (Tag und Stunde):

Klinische Diagnosen, auch früherer Erkrankungen (bitte keine Abkürzungen):

Fragen an die Klinik: Bestehen Hinweise für eine Infektionskrankheit (welche)? NEIN JA _____
Besteht Strahlengefahr (Radionuklide, Seeds etc.)? NEIN JA _____

Fragen an die Pathologie:

Bitte Nachfolgendes immer vollständig ausfüllen:

Der Autopsie wurde zugestimmt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durch:		
• Frau/Herrn		
Verwandtschaftsgrad		
• Angaben in Patientenverfügung <input type="checkbox"/>		
Der Verwendung der Hornhaut zur Transplantation wurde zugestimmt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja , Augenklinik-Dienstarzt (Tel 58657) anrufen, um Cornea-Entnahme zu besprechen		
Der Verwendung von Gewebe zu Forschungszwecken wurde zugestimmt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Der Verwendung von Gewebe zu Lehrzwecken wurde zugestimmt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Der Hirnautopsie* wurde zugestimmt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
*umfasst Untersuchung des Formalin-fixierten Gehirns; Dauer ca. 4 Wochen		
Gewebeproben, die im Rahmen der Autopsie entnommen werden, dürfen für allfällige Forschungsprojekte verwendet werden, wenn Angehörige oder Verstorbene zu Lebzeiten (z.B. in einer Patientenverfügung) zugestimmt haben. Die Entnahme darf zu keiner sichtbaren Veränderung des Körpers führen.		
Nicht-meldepflichtige Kinder:	anonyme Kremation <input type="checkbox"/>	Sternenkindbestattung <input type="checkbox"/> private Bestattung <input type="checkbox"/>

Benachrichtigung gewünscht
vor/während/nach der Autopsie
unter Cordless

Name u. Cordless des diensthabenden Arztes
(bitte Blockbuchstaben)