Institut für Pathologie
Tel. 062 / 838 52 73
Fax 062 / 838 52 99
E-Mail: pathologie@ksa.ch oder
todesfallkoordination@ksa.ch

Adress-Klebeetikette

Todesfallmeldung
Autopsieauftrag

Patient/-in: **Name**	**Vorname**	**Datum**
Geburtsdatum:	☐ weiblich ☐ männlich	**Auftraggeber/in**, Stempel
Strasse	PLZ, Ort	
Gestorben am:	Todeszeit:	

❑ **Natürlicher Todesfall**

Auftrag zur Autopsie
❑ Ja * ❑ Autopsie verweigert ❑ Entscheid steht aus, wird nachgereicht
* Die Einwilligung liegt vor und entspricht dem aktuellen Gesundheitsgesetz

❑ **Nicht natürlicher oder unklarer Todesfall** gemäss arztlicher Todesbescheinigung
Unerwartete, plötzliche, gewaltsame oder auf Gewalt verdächtige Todesfälle müssen von der Klinik der zuständigen Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Diese entscheidet über das weitere Vorgehen.

❑ **Meldung** durch Klinik erfolgt: Klinik/Station:……..…Name / Vorname ……..…../Tel.:……

Infektiöse Erkrankungen (wie z.B.: HIV, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Hepatitis A-E, Anthrax, MRSA ect.)

❑ Ja! Welche: ❑ Nein ❑ nicht bekannt

Hornhautentnahme:
❑ ja * ❑ Keine Entnahme ❑ steht aus, wird nachgereicht
* Die Einwilligung liegt vor und entspricht dem aktuellen Transplantationgesetz

Klinische Diagnosen – besondere Fragestellungen (bitte zwingend um Angaben)

☐ Kopie an:

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Telefon: