PATHOLOGIE BERLIN

Patientendaten (Aufkleber)
Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

MVZ Pathologie Berlin
Berger Fietze Linke Nadjari GmbH
Scharnhorststr. 13
10115 Berlin

# Sektionsantrag

**Durchführung einer klinischen Sektion**

- ☐ vom behandelnden Arzt beantragt
- ☐ vom Patienten zugestimmt*
- ☐ vom Patienten widersprochen
- ☐ von Angehörigen zugestimmt[2] ☐ keine Angehörigen
- ☐ von Angehörigen widersprochen

* Nach dem Sektionsgesetz ist die Einwilligung gegeben, wenn der unterschriebene Behandlungsvertrag vorliegt

[2] Laut Sektionsgesetz ist die Zustimmung der Angehörigen nur erforderlich, wenn der Patient nicht entschieden hat

Antragsteller/ Einweiser (Stempel)

Todestag: Sterbezeit:

Behandelnder Arzt:

Sektionstag: Uhrzeit:

Sekant:

**Klinische Todesursache** (laut Leichenschauschein Blatt 5) **ICD-10**

I a)

b)

c)

II

**Anamnese/ klinische Befunde:**

**Besondere Fragestellung:**

Berlin, den

Arzt:

(Stempel und Unterschrift)

**Sektions-Nr.:**