

# Behandlungsschein für Totenbeschau / Obduktion

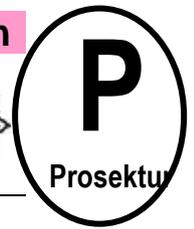
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landeskrankenhaus Graz II, Standort West, Institut für Pathologie**

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. Lax

8020 Graz, Göstinger Straße 22, Tel.: (0316) 5466 – 5502, Fax: (0316) 5466-5504

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



**Patientendaten:** ( Etikett oder Pflichtfelder ★ )

**Zuweiserdaten:** (Pflichtfelder★)

**Felder für Patho**

AZ::  Familienname★:  Vorname★:  Frühere Name (Geburtsname/Mädchenname):	Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt★:    Zuständiger Arzt★:                      Tel. Nebenstelle★:	Nummer Totenbuch  Beschaut am:  Nummer Obd-Buch  Obduziert am:
Geschlecht★:    SV-Nr★:    Geburtsdatum★:  <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀      ____ . ____ . ____	Amb / Stat★:                      Vers.:                      Gebührenklasse★:  <input type="checkbox"/> amb / <input type="checkbox"/> stat <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> S	Foto <input type="checkbox"/> / Einfrieren <input type="checkbox"/>

**Sterbedaten:** (Pflichtfelder★)

Sek

Verstorben am★:  __ __    __ __    __ __ __ __    __ : __ __ Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit	Gewünschte Untersuchung:  <b>Obduktion:</b> <input type="checkbox"/>  <b>Beschau:</b> <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher:  Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Obduzent Beschauer	Gehilfe
---	--	---	-----------------------	---------

**Klinische Angaben:**

<b>Klinische Todesursache:</b> .....	Kontakt zur Klinik mit:  .....  Kliniker anwesend? <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---

Vermerke für die Totenbeschau:	Diagnose Pathologie LKH Graz II, Standort West:  GL:  TU:  NL:
--------------------------------	--