

**NLAB**

Rechnung an:  Einsender  Andere:

Datum Eingang in die Klinik: \_\_\_\_\_  
Datum des Todes: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt des Todes: \_\_\_\_\_

**PATIENT**  
Name : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Geschlecht :  M M  W W

**Auftraggeber: ZWINGEND ZU ERGÄNZEN**  
Spital: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_  
Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**AUTOPSIE:**  mit Gehirn  ohne Gehirn

Hausarzt des Patienten: \_\_\_\_\_  
Vertrauensarzt der Familie (zur Resultatübertragung, falls nicht derselbe wie der Hausarzt): \_\_\_\_\_  
Kopie: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE, KLINISCHER STATUS, PATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN (LABOR, RADIOLOGIE, USW.), ENTWICKLUNG UND BEHANDLUNG:**

Empty space for clinical history and findings.

Fortsetzung auf der Rückseite →



