

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# PATHOLOGIE

Gemeinschaftspraxis  
Popp / Adam / Geißlinger

# INGOLSTADT

Levelingstr. 21  
85049 Ingolstadt

Tel. (0841) 88 55 54- 0  
Fax (0841) 88 55 54-12  
info@pathologie-ingolstadt.de

## Untersuchungsantrag Obduktion

### Miteinzureichende Dokumente (bevorzugt als Fax):

- Kopie Einverständniserklärung
- Todesbescheinigung (Doppel für Obduktion)
- Kopie eines Arztbriefes
- bei Privatobduktionen (Zusatzkosten) vorheriges Abklären der Kostenübernahme mittels [F Vereinbarung Privatobduktion](#). Dies in der Pathologie Ingolstadt anfordern.

Todesdatum: \_\_\_\_\_

Todeszeit: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: _____  Telefonnummer: _____
--

Annahme:		Aufnahme:	
Bemerkung Probeneingang			
Zuschnitt:		Verteiler:	

Einsender:      Vertragsarztstempel / Unterschrift
--

Wenn nicht in einem Arztbrief dargelegt, bitten wir um folgende Angaben:

Klinische Diagnose: \_\_\_\_\_

⇒ Hinweis auf intracraniale Befunde (CCT, MRT,...):       ja       nein

Haupterkrankung: \_\_\_\_\_

Todesursache: \_\_\_\_\_

Krankheitsverlauf: \_\_\_\_\_

### Wichtige Zusatzinformationen:

Medikamente: \_\_\_\_\_

Folgende Infektionen sind bekannt:     HIV       Hepatitis (Typ \_\_\_\_ )       \_\_\_\_\_

Folgende neurodegenerative/demenzielle Erkrankungen sind bekannt: \_\_\_\_\_