

Patiëntgegevens:

Geboortedatum

Naam

Adres

BSN

E-mail mortuarium: mortuarium@mcl.nl

E-mail Pathologie Friesland: pathologie@pathologiefriesland.nl

Datum aanvraag:

Naam aanvragend huisarts:

Datum overlijden:

Tijdstip overlijden:

Is er sprake van onverwacht overlijden? Ja/Nee

Heeft reanimatie plaatsgevonden? Ja/Nee

Was patiënt bekend met een ziektediagnose? Ja/Nee

Defibrillator / Pacemaker Ja/Nee

Relevante voorgeschiedenis:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vermoedelijke oorzaak van overlijden:

.....
.....
.....
.....
.....

Was patiënt ten tijde van overlijden onder behandeling? Ja/Nee

Zo ja, waaruit bestond de behandeling?

.....

Medicatie ten tijde van overlijden:

.....

Heeft patiënt een besmettelijke ziekte? Ja/Nee

Indien ja nl. Hepatitis HIV TBC Creutzfeldt Jacob

Vraagstelling:

.....

.....

.....

.....

Is toestemming voor obductie verkregen? Ja/Nee

Schedelobductie toegestaan? Ja/Nee

Is er sprake van niet-natuurlijk overlijden? Ja/Nee

Zo ja, is de schouwarts gebeld? Ja/Nee

Zo ja, is het lichaam vrijgegeven? Ja/Nee

Kosten voor vervoer en mortuarium zijn door huisarts met nabestaanden besproken Ja/Nee

Naam aanvrager:

Handtekening aanvrager:

Telnr.: