



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät
Institut für Rechtsmedizin
Prof. Dr. med. Jan Dreßler
Direktor

Universität Leipzig, Medizinische Fakultät,
Institut für Rechtsmedizin, Johannisallee 28, 04103 Leipzig

Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten Autopsieantrag an die **Fax-Nr.: 0341-9715109**

oder per E-Mail an: **Forensischemedizin@medizin.uni-leipzig.de**

Fragen zur Sektion beantworten wir Ihnen auch telefonisch unter **Tel.-Nr.: 0341-9715152**

Autopsieantrag (Privatsektion)

Hiermit beauftrage ich als totenfürsorgeberechtigte(r)

(Bitte Verwandtschaftsgrad angeben)

das Institut für Rechtsmedizin Leipzig mit der Durchführung der Autopsie (Sektion) von:

.....

(Name; Geburts-/Sterbedatum d. Verstorbenen)

zur Fertigung eines **Leichenschauberichtes** und zur Feststellung der **Todesursache**.

Zusatzuntersuchungen (feingewebliche Untersuchung, toxikologisch-chemische Untersuchung) werden beauftragt (bitte Zutreffendes unterstreichen).

Zur Sektion müssen außerdem vorliegen: **Todesbescheinigung** (vertraulicher Teil) und ggf. **Freigabe** der Staatsanwaltschaft.

Übersendung des **Sektionsberichtes** an:

.....

(Name, Postanschrift, ggf. Telefonnummer des Totenfürsorgeberechtigten als Auftraggeber)

Ich erstatte die anfallenden Kosten gemäß GOÄ Ziff. 6000 in Höhe von 229,24 Euro sowie zusätzlich die Kosten der beauftragten Zusatzuntersuchungen zzgl. 19% MwSt.

.....

Unterschrift des Totenfürsorgeberechtigten als Auftraggeber

Fragebogen Angehörige

		ja	nein
1.	lagen in der letzten Zeit Krankheiten, Unwohlsein vor - wenn ja: welcher Art und wann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Vorerkrankungen, Unfälle, Operationen - wenn ja welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	in letzter Zeit Impfungen erhalten, wenn ja: welche und wann (ca.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Alkoholkonsum - wenn ja: was und wieviel wurde täglich getrunken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Medikamente - wenn ja: welche (ggf. Medikationsplan mitsenden):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	in letzter Zeit Aufenthalt im Ausland, wenn ja: wo und wie lange:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Beruf/Tätigkeit, z.B. Umgang mit Gefahrstoffen o.a.:		
9.	schildern Sie die Auffindesituation (Ort, Körperlage, Umgebungstemperatur, u.a.), falls bekannt:		