Universitätsklinikum Leipzig
Anstalt öffentlichen Rechts

Department für Diagnostik, Institut für Pathologie
Liebigstraße 26 04103 Leipzig

Sehr geehrte(r) Angehörige(r),

Frau /Herr .....
ist am ..... um ..... Uhr
trotz aller Bemühungen der Klinikärzte und des Pflegepersonals verstorben.
Wir möchten Ihnen dazu noch einmal unser Beileid aussprechen.

Auch nach Anwendung aller modernen Methoden kann in vielen Fällen nur eine innere Leichenschau (Obduktion) die Grunderkrankung oder die Mechanismen klären, die letztendlich zum tragischen Tod geführt haben. Die Obduktion ist deswegen nicht nur im Interesse der behandelnden Ärzte und zukünftiger Patienten, sondern vor allem in Ihrem eigenen Interesse. Aus den Ergebnissen einer solchen Untersuchung können sich evtl. Hinweise auf mögliche, innerhalb der Familie vererbbare Krankheiten ergeben. Die Ergebnisse der Obduktion können Ihnen aber auch helfen, eventuelle mögliche Schuldzuweisungen an das ärztliche und an das Pflegepersonal auszuräumen oder sich selbst von möglichen eigenen Gefühlen an einer Mitschuld am Tode Ihres Angehörigen zu befreien. Auch versicherungsrechtliche Ansprüche werden in der Regel nur nach einer Obduktion anerkannt.

Wir bitten Sie deshalb um Ihr Einverständnis zu dieser Untersuchung.

Ich bin mit der abschließenden Untersuchung durch den Pathologen einverstanden

.....

Name Verwandtschaftsgrad Datum / Unterschrift

(im Falle einer Ablehnung: bitte Seite 2 ausfüllen)

Universitätsklinikum Leipzig
Anstalt öffentlichen Rechts

Ich bin mit der mir vom Arzt ..... empfohlenen inneren Leichenschau (Obduktion) durch einen Pathologen nicht einverstanden. Ich bin mir bewußt und nehme in Kauf, dass damit unter Umständen eine sichere Aussage zur Todesursache nicht möglich ist und unter Umständen eine Durchsetzung versicherungsrechtlicher Ansprüche nicht möglich sein wird.

.....

Name Verwandtschaftsgrad Datum / Unterschrift