

**Institut für Pathologie und  
Molekularpathologie**

**Autopsie - Anmeldung**

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: **044 255 3930**

**044 255 2591**

[www.pathologie.usz.ch](http://www.pathologie.usz.ch)

**Auftraggeber** (Klinik, Adresse, Telefonnr.)

Die komplett ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung bitte per Mail an: [autopsie@usz.ch](mailto:autopsie@usz.ch)

Datum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon / Sucher: \_\_\_\_\_

**Patient** männlich  weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Klinikeintritt:** \_\_\_\_\_

Auswärtige zytologische / bioptische  
Untersuchungen:

Beruf: \_\_\_\_\_

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

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

**Zustimmung durch Angehörige:** Ja  Nein

↳ Wenn ja, durch wen: \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Besondere Fragestellung:** \_\_\_\_\_

**Anamnese, klinische Befunde, Verlauf** (letzter Austrittsbericht), **Laborbefunde** (weitere Angaben auf sep. Blatt):

Kopie der pathologisch-anatomischen Diagnose an: \_\_\_\_\_

Der neuropathologische Teil der Autopsie wird vom Institut für Neuropathologie/USZ durchgeführt und beurteilt (nicht akkreditiert).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Rückseite: Autopsie-Anmeldung bei aussergewöhnlichem Todesfall**



**Institut für Pathologie und  
Molekularpathologie**

**Autopsie - Anmeldung  
bei aussergewöhnlichem Todesfall**

Schmelzbergstrasse 12  
8091 Zürich

Tel.: **044 255 3930**  
**044 255 2591**

[www.pathologie.usz.ch](http://www.pathologie.usz.ch)

**Auftraggeber** (Klinik, Adresse, Telefonnr.)

Bei einem aussergewöhnlichen Todesfall benötigen wir die Freigabe von der Staatsanwaltschaft/Polizei.

Die komplett ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung inklusive Freigabe bitte per Mail an:

[autopsie@usz.ch](mailto:autopsie@usz.ch)

Datum: \_\_\_\_\_

**Patient** männlich  weiblich

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Telefon / Sucher: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Zustimmung Autopsie:** Ja  Nein

Beruf: \_\_\_\_\_

└─> Wenn ja, durch wen: \_\_\_\_\_

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

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

---

**Angaben zum Ereignis**

Art: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum / Zeit: \_\_\_\_\_

---

**Diagnose**

Art der Verletzung: \_\_\_\_\_

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

Fragestellung: \_\_\_\_\_

Verlauf (weitere Angaben auf sep. Blatt): \_\_\_\_\_

---

Kopie der pathologisch-anatomischen Diagnose an: \_\_\_\_\_

Der neuropathologische Teil der Autopsie wird vom Institut für Neuropathologie/USZ durchgeführt und beurteilt (nicht akkreditiert).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vorderseite: Autopsie-Anmeldung**

