

## Einwilligung zu oder Ablehnung einer Obduktion

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.

### Zu Ihrer Information

Auch nach Anwendung aller modernen medizinischen Methoden kann in vielen Fällen nur eine innere Leichenschau (Obduktion) die Grunderkrankung oder die Mechanismen klären, die letztendlich zum Tod geführt haben. Auch bisher möglicherweise nicht entdeckte Erkrankungen, die für die lebenden Familienmitglieder zukünftig bedeutsam werden können, werden durch diese Untersuchungen zumeist aufgedeckt. Die Obduktion ist deswegen nicht nur im Interesse der behandelnden Ärzte und zukünftigen Patienten, sondern vor allem in Ihrem eigenen Interesse. Aus den Ergebnissen einer solchen Untersuchung können sich eventuell Hinweise auf mögliche, innerhalb der Familie vererbte Krankheiten oder unentdeckte Infektionen 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 einer Mitschuld am Tode Ihres Angehörigen zu befreien. Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass versicherungsrechtliche Ansprüche in der Regel nur nach einer Obduktion anerkannt werden.

Nähere Informationen können Sie dem beigefügtem Formblatt entnehmen.

Das Formblatt wurde ausgehändigt.

**Wir bitten Sie aus diesen Gründen um Ihr Einverständnis zu dieser Untersuchung.**

**Ich bin mit der mir empfohlenen inneren Leichenschau (Obduktion) durch einen Pathologen / Neuropathologen einverstanden und willige ein**, dass bestimmte bei der Obduktion entnommene Organe für klinische bzw. wissenschaftliche Zwecke archiviert und bearbeitet werden können.

Name Angehörige(r)

Datum

Unterschrift

Verwandtschaftsgrad

**Ich bin mit der mir empfohlenen inneren Leichenschau (Obduktion) durch einen Pathologen / Neuropathologen nicht einverstanden.** Ich bin mir darüber bewusst, dass damit unter Umständen eine sichere Aussage zur Todesursache nicht möglich ist und unter ungünstigen Umständen eine Durchsetzung versicherungsrechtlicher Ansprüche nicht möglich sein wird.

Name Angehörige(r)

Datum

Unterschrift

Verwandtschaftsgrad

**Ein Widerspruch gegen eine Obduktion wurde nicht innerhalb von 12 Stunden (maßgeblich Tagesstunden zwischen 7 und 22 Uhr) ausgesprochen. Ein Informationsgespräch über Obduktion wurde mit Herrn / Frau (Angehörige(r)) \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr geführt.**

Das Formblatt wurde ausgehändigt.

Name Arzt/Ärztin

Datum

Unterschrift