Pathologie Friesland **tel: 058 2939393** **fax: 058 2939300**	**Patiëntgegevens:** *geboortedatum* *naam* *adres* *BSN*
Datum aanvraag:	

Naam (en ziekenhuis) aanvrager:
(stempel)

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
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

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

Naam aanvrager: Handtekening aanvrager:
Telefoonnummer: