

Patiëntgegevens:

Geboortedatum

Naam

Adres

BSN

Locatie: *(graag locatie aankruisen)*

- Antonius Ziekenhuis
- MCL
- Nij Smellinghe
- Tjongerschans

Naam aanvrager:

Hoofdbehandelaar of huisarts:

Datum aanvraag:

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

Defibrillator / Pacemaker 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
Indien ja, nl Hepatitis HIV TBC Creutzfeldt Jacob

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:
Telnr.:

Handtekening aanvrager: