

## Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11  
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich  
SV-Nummer  
ambulant

weiblich

Garant

stationär 1./2. Kl.

divers

stationär 3. Kl.

## Der Autopsie wurde zugestimmt

**ja**

**nein**

durch Frau / Herrn: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Angaben in der

Patientenverfügung: .....

## Autopsieanmeldung

Kopie an:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Eintritt in Klinik:

Tel./intern:

Gestorben am:  
(Tag und Uhrzeit)

Hornhautspende

ja \*

nein

**\*Einwilligung zur Hornhautentnahme der Stiftung  
Keradonum ausfüllen!**

Anamnese und klinischer Verlauf:

Abschliessende Diagnosen:

1. ....

2. ....

3. ....

Anlagen:

Problemliste

Austrittsbericht

Anderes:

**Ausgefülltes Formular unterschreiben, stempeln und umgehend an [pathologie@ksbl.ch](mailto:pathologie@ksbl.ch) schicken.**