AZ SINT-JAN AV
Ruddershove 10
8000 Brugge

Dienst voor pathologische anatomie
Histo- en cytologisch laboratorium
7/100.49/88/000

Tel. 050 452710
Fax 050 452719

Dr. I.Van Den Berghe **Dr .P.De Paepe**
Dr. K.De Groef **Dr. L.Vanwalleghem**

AANVRAAG VOOR AUTOPSIE (VOLWASSENE)

Ondergetekende, Dr ……..verzoekt hierbij om een autopsie / lijkschouwing uit te voeren bij patiënt……..…….die overleden is op……

De ondergetekende arts bevestigt hierbij:

* dat het overlijden op…….werd meegedeeld aan de volgende familieleden van de overleden patiënt
-……
-……
-……
(naam van de familieleden en beknopte aanduiding van hun relatie tot de overledene)
* dat aan deze familieleden **uitdrukkelijk om toestemming werd gevraagd voor het uitvoeren van de autopsie**
* dat zij de kans kregen om vragen te stellen over het doel en het verloop van de autopsie
* dat zij vervolgens **toestemming hebben gegeven om de autopsie / hersenautopsie uit te voeren**, **dit wordt bevestigd met de handtekening van familielid(leden)**

* **hersenautopsie** ☐**ja** ☐**neen**

Inlichtingen omtrent de overleden patiënt
Naam en voornaam: ……...…….
Geboortedatum: ……...…….
Geslacht: ……...…….
Volledig adres: ……...…….
Patiëntnummer: ……...…….

Klinische inlichtingen

Datum opname: …….. Datum overlijden: …….…….
Diagnose opname: ……...……..
Definitieve hoofddiagnose bij overlijden: …….…….
Bijkomende diagnoses: …….…….
Toegediende therapie: …….…….
Infectie risico: hepatitis B – C / TBC / HIV / Andere: …….……..

Bijzondere aandachtspunten bij autopsie: …….……..

Kopie verslag aan:
Dr ……. Dr …….……..
Dr ……. Dr …….……..

Datum:
Naam aanvragende arts + handtekening (+gegevens) **Naam familielid + handtekening** **Naam familielid + handtekening**

Datum: 08.01.2008 – versie 1
Formulier 1a