

Auftrag zur ZNS-Präparation

N-Nr.:	Intern
--------	--------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Todesdatum:	

Einsender/Klinikstempel:

S-Nr.:

Klinische Diagnose:	Name Obduzent:	
	Unterschrift Obduzent:	
Sektionsdiagnose:	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	
	Sektionsdatum/ Ausgangsdatum/-uhrzeit:	

Hirnentnahme zur Hirnsektion genehmigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zustimmung von Gewebeprobe für wissenschaftliche Zwecke: <input type="checkbox"/> erteilt <input type="checkbox"/> nicht erteilt		
Infektiöse Erkrankung bekannt?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Neuropathologische Fragestellung:		
Eingangsdatum/-uhrzeit:	Unterschrift Arzt:	Intern
Empfang durch:	Unterschrift Labor:	

Revision: 000/01.2026

Bearbeitung durch: Stephan, Chiana

Freigegeben durch: Acker, Till