

Auftrag zur ZNS-Präparation

N-Nr.:

Intern

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geschlecht:** w m

Todesdatum: _____

Einsender/Klinikstempel:

S-Nr.:

Klinische Diagnose:

Name Obduzent:

Sektionsdiagnose:

**Unterschrift
Obduzent:**

**Telefon-Nr. (für
Rückfragen):**

**Sektionsdatum/
Ausgangsdatum/-uhrzeit:**

Hirnentnahme zur Hirnsektion genehmigt: ja nein

Zustimmung von Gewebeprobe für wissenschaftliche Zwecke: erteilt nicht erteilt

Infektiöse Erkrankung bekannt?: ja nein

Neuropathologische Fragestellung:

Eingangsdatum/-uhrzeit:

Unterschrift Arzt:

Empfang durch:

Unterschrift Labor:

Intern

Revision: 000/01.2026

Bearbeitung durch: Stephan, Chiana

Freigegeben durch: Acker, Till