1. sz. melléklet

Kórboncolási kérőlap

Beteg neve: ……	**TAJ száma**: □ □ □ □ □ □ □ □ □
Szül. (év/hó/nap): …… év …… hó ….. nap	Térítési kategória: …….
Születési név: ……..	Állampolgársága: ……..…… Neme (N/F): □
Anyja neve: ……..……	Ellátási szám: ……...……..……
Lakcíme: ……..……	Telj. azon.: ……...……..…….
Halál ideje: …… év …… hó ….. nap …….. óra …….. perc	

Beutaló Intézmény:……. **Osztály**: ……..……

Intézmény azonosító kód: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **Osztályos felvételi dátum**: ..… év …… hó ….. nap

Kezelőorvos neve: ……. **Pecsétszáma**: □ □ □ □ □

Kezelőorvos telefonszám: …….

Halottvizsgálatot végző orvos: ……Telefon: ……..

Korábbi kezelőorvos / operatőr: …… Telefon: ……..

Háziorvos neve: ……Telefon: ……..

Boncolásra vonatkozó javaslat: …….....

Tiltakozó nyilatkozat megléte:

A rendelkezésre álló dokumentumok alapján tett az elhunyt életében oktatási, kutatási célból, halottból történő szerv, illetve szövet eltávolítás és felhasználás, holttesten végzett orvosi beavatkozás végrehajtása ellen tiltakozó nyilatkozatot?

Igen / Nem

Kórtörténeti összefoglaló:

……
……
……
……
……
……
……
……

Klinikai diagnózisok:

……
……

Közvetlen halálok:

……
……

Alapbetegség szövődménye:

……
……

Alapbetegség:

……
……
……

Kísérő betegség:

……
……
……

Egyéb megjegyzés / részletezett:

……
……....

Dátum: …… év …….. hó …….. nap ……..……

vizsgálatot kérő orvos saját kezű aláírása és pecsétje

P.H.