

E.-Nummer: _____ A.-Nummer: _____

Name der Mutter: _____

Ggfs. abweichender Name des Foeten: _____

Geburtsdatum Mutter: _____

Anschrift der Mutter: _____

Geburtsdatum Kind: _____

Einsendende Klinik / Station : _____

Bitte die umseitige Einverständniserklärung unbedingt ausfüllen!

Erfolgt eine Untersuchung der Plazenta Ja Nein

Art der Geburt _____

SSW: _____

Klinische Diagnosen: _____

Frage an den Obduzenten: _____

Bremen, den _____

Unterschrift

Dokumentenstatus: Freigegeben	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 04.05.2024
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis: 04.05.2024
Geprüft von: Becker, Markus	Dateiname: 15b Fötenbegleitbogen.docx
Freigegeben von: Gies, Ursula	Seite 1 von 2

Erklärung

Betrifft die Fehlgeburt der Patientin..... am.....

Ich bin / Wir sind mit einer pathologischen Untersuchung meines / unseres Kindes zur weiterführenden Diagnostik und Abklärung von Krankheitsursachen

- einverstanden
- nicht einverstanden

Wenn das Kind, als es **vor dem Erreichen der SSW 23+X** auf die Welt kam **und** keine Lebenszeichen zeigte **und** weniger als **500 g** wog, besteht laut Personenstandsgesetz keine Bestattungspflicht.
Das Krankenhaus über nimmt eine anonyme Beerdigung des toten Kindes.
Kosten entstehen mir / uns dadurch nicht.

- einverstanden
- nicht einverstanden

.....
Datum, Unterschrift der Mutter / Eltern

.....
Datum, Klinikstempel, Unterschrift

Dokumentenstatus: Freigegeben	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 04.05.2024
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis: 04.05.2024
Geprüft von: Becker, Markus	Dateiname: 15b Fötenbegleitbogen.docx
Freigegeben von: Gies, Ursula	Seite 2 von 2