

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: <b>Freigegeben</b>	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: <b>Freigegeben</b>	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