

Der Dokumentationsbogen ist vollständig auszufüllen und vom zuständigen Arzt zu unterschreiben!

Personalien der verstorbenen Person: (Name, Vorname, Geb.-Datum)

Nicht identifiziert

--

Todeszeitpunkt, Sterbeort, Ansprechpartner

Todeszeitpunkt (TTMMJJJJ)	.....	Uhrzeit (HHMM)	.....
Station/Sterbeort	.....	Telefon	.....
Behandelnder Arzt/ Fachabteilung	.....	Telefon	.....
Arzt für Rücksprache	.....	Telefon / Pieper	.....

Verlauf

Aufnahme Datum (TTMMJJJJ) _____

Aufnahmediagnose(n):	
(schwerwiegende) Vorerkrankungen:	
Wesentliche Verlaufsdaten (OP, Re-OP, Intubation, Sepsis, akute AZ-Ver- schlechterung etc.)	
Gab es unerwartete / untypische Komplika- tionen im Krankheitsverlauf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?

Bei Unfällen oder operativen Eingriffen: Gibt es zwischen Unfallgeschehen und/oder dem operativen Eingriff und dem Todeseintritt einen unmittelbaren Zusammenhang?

ja nein

Bei Todesfällen im Zusammenhang mit einer Operation etc. Wurde der Fall der Rechtsmedizin gemeldet

ja nein

Todesursache

Woran ist der Patient Ihrer Meinung nach verstorben? (keine Endzustände wie Atemstillstand oder Herz-Kreislaufversagen):

--

... dies war Folge von:

--

Grundleiden:

--

Mit zum Tod führende Krankheiten außerhalb der o. g. Kausalkette:

--

Datum

Unterschrift des zuständigen Arztes