

|       |         |             |        |
|-------|---------|-------------|--------|
| Name: |         | Fallnummer: | Alter: |
| Ort:  | Klinik: |             |        |

| Kontakt Polizei                |  |
|--------------------------------|--|
| Dienststelle:                  |  |
| Kontaktperson:                 |  |
| Tel-Nr. / ggf. E-Mail-Adresse: |  |
| Datum / Uhrzeit:               |  |

| Kontakt Staatsanwaltschaft          |   |
|-------------------------------------|---|
| Staatsanwaltschaft:                 |   |
| Staatsanwalt / Staatsanwältin:      |   |
| Freigabe Datum / Uhrzeit:           |   |
| Schriftliches Dokument angefordert: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Freigabe Organspende |                          |    |                               |
|----------------------|--------------------------|----|-------------------------------|
| Herz                 | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lunge                | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leber                | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nieren               | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pankreas             | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Darm                 | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Freigabe Gewebe                            |                          |    |                               |
|--|--------------------------|----|-------------------------------|
| Augen / Cornea                             | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gefäße Thorakal / Abdominell               | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Knochen / Sehnen / Gelenke / Gefäße / Haut | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Einschränkungen:                           |                          |    |                               |

| Auflagen                         |                          |    |                               |
|----------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------|
| Rechtsmediziner vor / während OP | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| OP-Berichte angefordert:         | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zugänge nach OP belassen:        | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Obduktion vorgesehen             | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Freigabe zur Bestattung          | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstiges:                       |                          |    |                               |
| Gespräch geführt von:            |                          |    |                               |