



3.6 - 515 Einverständniserklärung Privatobduktion

Formular

Einverständniserklärung

Wir erklären uns hiermit einverstanden, dass die/der Verstorbene

Vorname Nachname Geburtsdatum

im o.g. Institut für Pathologie obduziert wird und wir die Kosten übernehmen.

Name Datum Unterschrift Verwandtschaftsgrad

Anschrift:

