

3.6 - 515 Einverständniserklärung Privatobduktion

Formular

Einverständniserklärung

Wir erklären u	ns hiermit einverstan	den, dass die/der Verstorbene	
viii cirilarcii a		don, dada dia, dan varatanbana	
Vorname	Na	Nachname	
im o.g. Institu	t für Pathologie obdu:	ziert wird und wir die Kosten übe	ernehmen.
Name	Datum	Unterschrift	Vonwandteehoftegrad
name	Datum	Unterscrimt	Verwandtschaftsgrad
Anschrift:			