

| | |
|---|--|
| <p>Datum overlijden: _____</p> <p>Tijdstip overlijden: _____</p> <p>Afdeling: _____</p> <p>Beroep: _____</p> <p>Voor obducent extra gevaar voor besmetting wegens:</p> <p><input type="checkbox"/> Virusziekte, nl. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Radioactief materiaal, nl _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculose _____</p> <p><input type="checkbox"/> Andere bacteriële ziekten, nl. _____</p> | <p><i>Sticker PAL</i></p> <hr/> <p>PATIENT <i>(invullen of sticker patiëntgegevens plaatsen)</i></p> <p>Naam man: _____</p> <p>Naam vrouw: _____</p> <p>Geboortedatum: _____</p> <p>Geslacht: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw</p> <p>BSN: _____</p> <p>Adres: _____</p> <p>Postcode: _____</p> <p>Woonplaats: _____</p> |
|---|--|

| Vroegere operaties | Jaar | Aard ingreep + reden | Ziekenhuis |
|--------------------|------|----------------------|------------|
| | | | |
| | | | |

| Van de overledene werd eerder materiaal voor onderzoek naar het PAL verzonden | | | |
|---|--|------|--------|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja → aard materiaal | Jaar | Nummer |
| | | | |
| | | | |

Samenvatting ziekte geschiedenis met klinische diagnose(n)

Medicatie _____

Vraagstelling _____

| | |
|---|---|
| Ondergetekende verklaart dat het betreft: | |
| <p><input type="checkbox"/> Natuurlijke dood</p> <p><input type="checkbox"/> Niet-natuurlijke dood, lichaam vrijgegeven</p> | <p><input type="checkbox"/> Toestemming nabestaanden voor obductie en indien nodig langer bewaren van organen voor nader onderzoek.</p> <p><input type="checkbox"/> Wel / geen toestemming schedelsectie (doorhalen wat niet van toepassing is)</p> |
| <p>Aanvrager: _____</p> <p>AGB code: _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Albert Schweitzer Ziekenhuis</p> <p><input type="checkbox"/> RIVAS Zorggroep</p> <p><input type="checkbox"/> Huisarts</p> <p><input type="checkbox"/> Z.B.C.</p> |
| <p>Indien aangevraagd door huisarts/huisartsenpost:</p> <p>Naam eigen huisarts: _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p> | |
| <p>Handtekening</p> <p>Datum: _____</p> | |