

**Gemeinschaftspraxis Pathologie Starnberg**

PD Dr. med. C. Brinkschmidt Dr. med. M. Lohner  
PD Dr. med. W. Müller PD Dr. med. H. Nagel  
Dr. med. D. Prectel Prof. Dr. med. S. Schweyer

Am Fuchsengraben 3  
82319 Starnberg

Tel. 08151/3612-0  
Fax 08151/78420

[praxis@pathologie-starnberg.de](mailto:praxis@pathologie-starnberg.de)

## Obduktionseinwilligung

Ich

---

(Vor- und Nachname des Einwilligenden)

---

(Verwandtschaftsgrad/Anschrift)

habe mit Frau / Herrn Dr. med.

---

(Vor- und Nachname des Arztes / Klinik / Station)

Ein ausführliches Informationsgespräch geführt. Über die Durchführung einer Obduktion wurde ich eingehend, verständlich und ausführlich informiert.

Die für mich wesentlichen Umstände habe ich erfahren, außerdem wurden die von mir gestellten Fragen vollständig und verständlich beantwortet. Unter anderem:

Ich habe keine weiteren Fragen. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit gegeben und ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Nach diesem Gespräch willige ich in die Durchführung der Obduktion durch die Gemeinschaftspraxis Pathologie Starnberg ein.  
Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Uhrzeit

---

Unterschrift des Einwilligenden

---

Ort, Datum, Uhrzeit

---

Unterschrift des Arztes