

TOESTEMMING OBDUCTIE

S. -

ZIS-nummer:
Geboortedatum:
(mans)-naam:
Meisjesnaam:
Geslacht:
Voorletters:
Adres:
Postcode
Woonplaats:
Ziektekostenverzekering:
Nummer:

Ondergetekende geeft hierbij toestemming aan de pathologen van Symbiant tot het verrichten van een:

Obductie ja nee
Schedelobductie ja nee

van bovenstaande patiënt.

NAAM:

ADRES:

TELEFOON:

Familierelatie tot de overledene:

Tevens is hierbij toestemming verleend om materiaal dat voor diagnostiek is uitgenomen te archiveren en eventueel voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken, dat direct of indirect gericht is op geneeskundige hulp aan patiënten.

Handtekening:

Datum: