

Patologian vastuualue

LÄHETTÄVÄ SAIRAALA

	Osasto
--	--------

HENKILÖTIEDOT

Suku- ja etunimet	Henkilötunnus
-------------------	---------------

OBDUKTIO

<input type="checkbox"/> Suostun sikiön lääketieteelliseen ruumiinavaukseen
<input type="checkbox"/> En suostu sikiön lääketieteelliseen ruumiinavaukseen

HAUTAUS

<input type="checkbox"/> Haluan itse huolehtia sikiön hautaamisesta
<input type="checkbox"/> Haluan sairaalan huolehtivan hautaamisesta

SIIRTO

<input type="checkbox"/> Vainaja palautetaan avauksen jälkeen lähtävään sairaalaan
<input type="checkbox"/> Vainajaa ei palauteta lähtävään sairaalaan

ALLEKIRJOITUS

Paikka ja aika	Allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------	---------------------------------

TODISTAJAT

Todistajan nimi ja nimenselvennys
Todistajan nimi ja nimenselvennys

2009.09.

TÄMÄ PAPERI ON OLTAVA JOKAISEN PATOLOGIAN KESKUSLABORATORIOON LÄHETETTÄVÄN SIKIÖN MUKANA!