

Informationen für die Ärztin / den Arzt

Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist keine bloße Formalität. Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht. Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung wird entschieden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird, oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nichtnatürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachen-Statistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin / der Arzt, die unbedeckte Leiche von allen Seiten und bei ausrei-

chender Beleuchtung in Augenschein zu nehmen. Eine Teilbesichtigung der Leiche ist auf keinen Fall zulässig. Eine Leichenschau im Freien sollte nicht erfolgen.

Mit der Feststellung der Todesart wird geprüft, ob Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen. Bei Verneinung dieser Frage wird ein natürlicher Tod angenommen, es sei denn, die Ärztin / der Arzt hält die Todesart für ungeklärt und dokumentiert dies entsprechend. Bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod sind diese aufzuführen.

Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfaßt:

- einen nichtvertraulichen Teil und
- einen vertraulichen Teil (Blätter 1 bis 4).

Todesbescheinigung - nichtvertraulicher Teil

Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

Todesbescheinigung - vertraulicher Teil

Die amtliche Todesursachen-Statistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, daß der Krankheitsablauf unter "Todesursache / klinischer Befund" in seiner Kausalkette angegeben wird.

Nachdem alle Exemplare des vertraulichen Teils (Blätter 1 bis 4) ausgefüllt und unterzeichnet sind, werden die Blätter 1 und 2 abgetrennt und in einen Briefumschlag, auf dem der Name des Verstorbenen angegeben wird, eingelegt. Dieser Umschlag wird von der Ärztin / dem Arzt persönlich verschlossen und ist von dem zur standesamtlichen Todesanzeige Verpflichteten zusammen mit dem nichtvertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Blatt 3 wird in einen weiteren Umschlag eingelegt, von der Ärztin / dem Arzt verschlossen und verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Obduktion vom Obduktionsarzt zu öffnen.

Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin / des Arztes bestimmt.

Erläuterungen

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld "Todesursache / klinischer Befund" der ICD-Code aufgeführt. Die Ärzte, die mit dieser Systematik vertraut sind, können unmittelbar eine Klassifizierung vornehmen.

Für die Qualität der Todesursachen-Statistik ist das Ausfüllen der Spalte "Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod" von großer Bedeutung.

Weitere Angaben zu der "unmittelbar zum Tode führenden Krankheit" sowie den "anderen wesentlichen Krankheiten" im Sinne einer Multi-Morbidität können im Feld "nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)" gemacht werden.

Im Feld "weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache" sollte bei Unfalltoten die Kategorie "sonstiger Unfall" nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!

Identifikation

Aufgrund eigener Kenntnis Nach Einsicht in den Personalausweis / Reisepaß Nach Angaben von Angehörigen / Dritten nicht möglich

Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	Straße, Hausnummer, (Name des Krankenhauses o. ä.)	
	PLZ, Ort, Kreis	
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr Stunde Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt oder tot aufgefunden	Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag Monat Jahr Stunde Minuten

Warnhinweise

Herzschrittmacher

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 3 BSeuchG)

Sonstiges (z. B. Tatbestand gem. § 16 e ChemG)

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar _____ Todesart ungeklärt

Zusatzangaben bei Totgeborenen

Totgeborene oder bei der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g

als tote Leibesfrucht geboren in der Geburt verstorben

Gewicht der Leibesfrucht _____ g

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

 Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
Obduktion angestrebt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

--

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt cm	Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im -ten Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Liegen Anzeichen dafür vor, daß in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
---------------------------------------	---

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</small>			
Obduktion angestrebt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt cm	Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Liegen Anzeichen dafür vor, daß in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar _____ Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes
ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort, Kreis				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre
 Totenflecke
 Fäulnis
 Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
 Hirntod

Reanimationsbehandlung: ja nein

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

Obduktion angestrebt? ja nein

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
	Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="text"/> cm
Bei Frauen	Geburtsgewicht <input type="text"/> g	Lebensdauer in vollendeten Stunden	
	Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Liegen Anzeichen dafür vor, daß in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort, Kreis				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Sichere Zeichen des Todes

Totenstarre
 Totenflecke
 Fäulnis
 Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
 Hirntod

Reanimationsbehandlung ja nein

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</small>			
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewaltwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstinfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="text"/> cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
Bei Frauen	Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden
	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
Liegen Anzeichen dafür vor, daß in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes