

## 1. Information für die Ärztin oder 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 Todesursachenstatistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin oder der Arzt, die unbekleidete Leiche von allen Seiten und bei ausreichender Beleuchtung in Augenschein zu nehmen. Eine Teilbesichtigung der Leiche ist auf keinen Fall zulässig. Eine Leichenschau sollte nicht im Freien erfolgen.

Es ist die jeweilige Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod - auch Verdacht -, ungeklärte Todesart) anzukreuzen. Mit der Feststellung der Todesart ist zu prüfen, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Diese sind im Feld „Äußere Ursache der Schädigung“ näher auszuführen. Ansonsten wird ein natürlicher Tod angenommen, es sei denn, die Ärztin/der Arzt hält die Todesart für ungeklärt und dokumentiert dies entsprechend.

## 2. Erläuterungen zur Todesart

natürlicher Tod

Ein natürlicher Tod liegt vor, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod

Sie liegen vor bei: Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch fremde Hand, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz), Vergiftung und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod während oder nach ärztli-

chen Eingriffen.

Todesart ungeklärt

Eine ungeklärte Todesart wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

## 3. Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

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

### a) Todesbescheinigung – nichtvertraulicher Teil

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

### b) Todesbescheinigung – vertraulicher Teil

Die amtliche Todesursachenstatistik 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 und das Grundleiden möglichst spezifisch und nicht nur allgemein beschrieben wird.

Bei einem natürlichen Tod besteht immer eine Kausalität zwischen der Todesursache und einer inneren Ursache (Krankheit, Missbildungen, etc.). Letzteres wird auch als Grundleiden definiert.

Beispiel: natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Grippeinfekt.

Bei einem nicht natürlichen Tod kommt die Ursache immer von Außen und kann auch in die Todesursache einmünden.

Beispiel: nicht natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Knochenbruch.

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 oder dem Arzt persönlich verschlossen und ist von dem zur standesamtlichen Todesanzeige Verpflichteten zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Blatt 3 ist von der Ärztin oder dem Arzt in einen weiteren Umschlag einzulegen, zu verschließen und mit folgenden Angaben zu beschriften: Name und Vorname des Verstorbenen, Geburtsdatum des Verstorbenen, Sterbedatum, Warnhinweise: Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankungen gem. § 6 IfSG) oder Sonstiges (z.B. Radioaktivität). Der Umschlag verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Obduktion vom Obduzenten zu öffnen.

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

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 bei nicht natürlichem Tod“ sollte bei Unfalltoten die Kategorie „sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

#### **4. Erläuterungen**

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld „Todesursache, klinischer Befund“ der ICD-Code aufgeführt. Die Codierung ist nach der Vollversion ICD-10-WHO vorzunehmen (d.h. nicht nach der für das SGB V modifizierten Ausgabe). Es ist zu beachten, dass die verbale Angabe der Todesursache, des klinischen Befundes mit der vorgeschriebenen wörtlichen Bezeichnung der Codierung übereinstimmt.

Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalte „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung.

# Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes  
ankreuzen!

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom Standes- beamten ausgefüllt</b>	Standesamt	
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
					Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>						
<b>Sterbezeitpunkt</b>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
		<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar				
<b>Sterbezeitraum</b>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
zwischen						
		und		Tag	Monat	Jahr
<b>WARNHINWEISE</b>		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)			Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Tot- geburt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mehrlings- geburt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
				Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!**

## Identifikation

<input type="checkbox"/>	Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/>	Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/>	Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/>	nicht möglich
<b>Todesart:</b>		<input type="checkbox"/>	natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/>	ungeklärte Todesart

## Ärztliche Bescheinigung

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

Ort der Leichenschau:  Datum: <input type="text"/>  Zeitpunkt: <input type="text"/> Uhr	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
---	--

Blatt 1: Gesundheitsamt

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

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

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald

<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.   Min.   Tag   Monat   Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag   Monat   Jahr   Std.   Min.	und

<b>WARNHINWEISE</b>	Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)	Sonstiges (z. B. Radioaktivität)
---------------------	---	----------------------------------

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Tot- geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlings- geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Länge bei Geburt</b>	cm	<b>Geburtsgewicht</b>	g
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der			Schwangerschaftswoche			Lebensdauer in vollendeten Stunden	
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?			<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> -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				

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b> Name:	Telefon:	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b> Name:	Telefon:
--	----------	---	----------

<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>	<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-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
<b>I unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b>	<b>a) Todesursache</b>					
vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	<b>b) als Folge von c)</b>					
	<b>c) Grundleiden</b>					
<b>II andere wesentliche Krankheiten</b> Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen						

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--	--	--

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------	--	--	--	--------------------------------	---

<b>Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod</b>					
Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)			<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)
Unfall	<input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Wohnungs- Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb
		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	
Zeitpunkt:	Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	<b>Wird vom Standes- beamten ausgefüllt</b>	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald

<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std. Min. Tag Monat Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag Monat Jahr Std. Min. und Tag Monat Jahr Std. Min.	zwischen

<b>WARNHINWEISE</b>	Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)	Sonstiges (z. B. Radioaktivität)
---------------------	---	----------------------------------

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Länge bei Geburt</b>	cm	<b>Geburtsgewicht</b>	g
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden			
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?		ja, im		-ten Monat		nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>	
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?		ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>			

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>
Name: _____ Telefon: _____	Name: _____ Telefon: _____

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

<b>Todesursache, klinischer Befund</b>		<b>Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod</b>	<b>ICD-10</b>
bitte nur <u>eine</u> Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen			
I <b>unmittelbar zum Tode führende Krankheit</b>	a) <b>Todesursache</b>		
vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) <b>als Folge von c)</b>		
	c) <b>Grundleiden</b>		
II <b>andere wesentliche Krankheiten</b>			
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

**Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)**

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------	--	--	--	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

<b>Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod</b>			<b>ICD-10 (Kapitel xx)</b>
Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		
Unfall <input type="checkbox"/>			
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
	<input type="checkbox"/> Wohnheim		
Selbsttötung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	_____
Zeitpunkt:	_____ Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche  
(Obduktionsdoppel)

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>	zwischen		
Tag	Monat	Jahr	Std.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja, im	-ten Monat
	<input type="checkbox"/> ja, im	<input type="checkbox"/> -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	

## zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt

Name: Telefon:

## zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus

Name: Telefon:

## 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-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache			
II vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)			
	c) Grundleiden			
II andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen				

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--

## Todesart:

natürlicher Tod

nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

ungeklärte Todesart

**Obduktion erforderlich:**

ja  nein

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	ICD-10 (Kapitel xx)	
Unfall		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen		
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule) <input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb		
Selbsttötung	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall		
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt			

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 4: Arztdoppel

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>	zwischen		
Tag	Monat	Jahr	Std.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche
		Lebensdauer in vollendeten Stunden	
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		

## zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt

Name: Telefon:

## zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus

Name: Telefon:

## 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-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
I	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) 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)		
		c) <u>Grundleiden</u>		
II	andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--

## Todesart:

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	ICD-10 (Kapitel xx)	
Unfall	<input type="checkbox"/>			
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstoffall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

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

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 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	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr
zwischen			
	Std.	Min.	Tag
			Monat
			Jahr
			Std.
			Min.
			und

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung
---



Blatt 2: Für die Angehörigen

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

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

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 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	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>					
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std. Min. Tag Monat Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar			
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag Monat Jahr	Std. Min.	und	Tag Monat Jahr	Std. Min.
zwischen					

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung
---

Blatt 3: Notarzdoppel

# Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes  
ankreuzen!

## 1 Personalangaben

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

## 2 Identifikation

<input type="checkbox"/> aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
--	---	---	--

## 3 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	

## 4 Ort und Zeitpunkt des Todes

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
<b>Auffindungsort</b>					
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar					
<b>Sterbezeitraum</b>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
zwischen					
und					

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Blatt 1: Gesundheitsamt

# Obduktionsschein

Zutreffendes  
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	<b>Wird vom - Gesund- heitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum Tag    Monat    Jahr	Geburtsort	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt <b>Auffindungsort</b>	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.    Min.    Tag    Monat    Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag    Monat    Jahr    Std.    Min.	und	Tag    Monat    Jahr    Std.    Min.

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

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

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I <u>unmittelbar</u> zum Tode führende Krankheit	a) <b>Todesursache</b>					
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) <b>als Folge von c)</b>				
		c) <b>Grundleiden</b>				
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen						

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)			
Unfall <input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Obduktionsschein

Zutreffendes ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	<b>Wird vom - Gesundheitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt										
Straße, Hausnummer			Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.										
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.										
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich											
<table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>     </td><td>   </td><td>     </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis												
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald												
<b>Auffindungsort</b>													
<b>Sterbezeitpunkt</b>	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar												
<table border="1"> <tr> <td>Std.</td><td>Min.</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>   </td><td>   </td><td>     </td><td>   </td><td>     </td> </tr> </table>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr							
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr									
<b>Sterbezeitraum</b>	und												
zwischen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>     </td><td>   </td><td>     </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Std.</td><td>Min.</td> </tr> <tr> <td>   </td><td>   </td> </tr> </table>	Std.	Min.		
Tag	Monat	Jahr											
Std.	Min.												

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

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

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) <b>Todesursache</b>				
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)				
		c) <b>Grundleiden</b>				
II	<u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	<b>ICD-10 (Kapitel xx)</b>			
Unfall <input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 3: Obduzent

# Obduktionsschein

Zutreffendes ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr	Std.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>	und		
zwischen	Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

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

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache					
	b) als Folge von c)					
	c) <u>Grundleiden</u>					
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten	Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)			
Unfall	<input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
	<input type="checkbox"/>					

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Bezeichnung der Behörde

<b>Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt:
	Geburtenbuch-Nr.
	Sterbebuch-Nr.

### Leichenpass;

Laissez-passer mortuaire; Pass Check for Corpse; Passaporto per Salma; Lijkendoorvoer

**Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche der/des**

Toutes les prescriptions légales relatives à la mise en cercueil ayant été observées, le corps de

Upon compliance with all legal provisions governing sealing in the coffin, the body of

Essendo state effettuate tutte le prescrizioni legale concernenti la deposizione nella bara, la salma di

Na vervulling van alle wettelijke voorschriften betreffend het kisten moet het stoffelijk overschot van

--	--

(Name, Vorname(n) und Beruf des Verstorbenen; für Kinder: Beruf der Eltern)

(nom, prénom et profession du défunt; pour les enfants: profession des père et mère)

(name, first name(s) and occupation of the deceased; in the case of children: state occupation of parents)

(nome, cognome, professione del defunto; per bambini: professione dei genitori)

(naam, voornaam en beroep van de overledene; bij kinderen: het beroep van de ouders)

**verstorben am**

décédé le  
who died on  
deceduto il  
gestorven op

--

**in**  
à  
at  
a  
in

--

**an**

par suite de  
from  
in seguito a  
aan

--

(Todesursache; cause du décès; cause of death; causa del decesso; overlijdensoorzaak)

**im Alter von**

à l'âge de  
at the age of  
all' età di  
op de leeftijd van

--

**Jahren**  
ans  
years  
anni  
jaar

--

(genaues Geburtsdatum; date précise de la naissance, si possible; state date of birth, if possible; se possibile date precisa della nascita; juiste geboortedag)

**durch**

doit être transporté en  
is to be shipped by  
dev'essere trasportata  
door

--

(Beförderungsmittel; moyen de transport; means of transportation; mezzo di trasporto; transportmiddel)

**von**

de  
from  
da  
van

--

**über**

par  
via  
via  
via

--

(Strecke; route; state route; percorso; route)

**nach**

à  
to  
a  
naar

--

(Bestimmungsort; lieu de destination; destination; localita di destinazione; plaats von bestimming)

befördert werden.  
getransporteerd worden.

**Da diese Leichenbeförderung genehmigt ist, werden alle Behörden der Länder, auf deren Gebiet der Transport stattfinden soll, gebeten, ihn frei und ungehindert passieren zu lassen.**

Le transport de ce corps ayant été autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le transport doit avoir lieu sont invitées à le laisser passer librement et sans obstacle.

The shipment of the corpse being duly authorized, the right of passage without hindrance is respectfully requested from the authorities of the countries to be crossed on its route.

Dato che il trasporto della salma è stato autorizzato, le autorità dei paesi attraversati della salma sono invitati a lasciarla passare libera senza frapporte ostacoli.

Daar het transport van het stoffelijk overschot toegestaan is, worden alle autoriteiten van de landen via welks gebied het transport plaats moet vinden, verzocht, de doorvoer ongehinderd te laten plaats vinden.

Verwaltungsgebühr 



 Geb.-Verz.-Nr.

Ort, Datum
------------

Im Auftrag  (Unterschrift)
----------------------------------