

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.

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.

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 Unfalltoden die Kategorie „sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes
ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom Standes- beamten ausgefüllt	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				Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																			
Tag	Monat	Jahr																									
falls Sterbeort nicht bekannt Auffindungsort		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																									
Sterbezeitpunkt		<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						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar													
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																							
Sterbezeitraum zwischen		<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						und		<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																							
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																							
WARNHINWEISE		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 <input type="text"/> cm		Geburtsgewicht <input type="text"/> g																			

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
Todesart: <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: <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Zeitpunkt: <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> Uhr						Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung

Todesbescheinigung

Zutreffendes
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom Standes- beamten ausgefüllt	Standesamt																					
Straße, Hausnummer					Sterbefall beurkundet: Sterbebuch-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				Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																		
Tag	Monat	Jahr																								
Sterbeort falls Sterbeort nicht bekannt Auffindungsort		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																								
Sterbezeitpunkt <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						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar														
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																						
Sterbezeitraum zwischen		<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> und <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						

WARNHINWEISE

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"/>
Länge bei Geburt <input type="text"/> cm		Geburtsgewicht <input type="text"/> g	
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/>
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 <input type="checkbox"/>	

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) als Folge von c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c) <u>Grundleiden</u>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	Obduktion erforderlich:
				<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"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstupfall (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:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

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

Todesbescheinigung

Zutreffendes
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom Standes- beamten ausgefüllt	Standesamt																					
Straße, Hausnummer					Sterbefall beurkundet: Sterbebuch-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				Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																		
Tag	Monat	Jahr																								
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																								
Sterbeort																										
Auffindungsort																										
<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						Sterbezeitpunkt oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar														
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																						
<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Std.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Std.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																						
Sterbezeitraum zwischen		und																								

WARNHINWEISE

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"/>
Länge bei Geburt <input type="text"/> cm		Geburtsgewicht <input type="text"/> g	
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="text"/>	
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

zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus

Name:	Telefon:	Name:	Telefon:
-------	----------	-------	----------

Sichere Zeichen des Todes:

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

Todesursache, klinischer Befund

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

Todesursache, klinischer Befund		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) Grundleiden			
II <u>andere</u> 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	Obduktion erforderlich:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 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	

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

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
Sterbeort		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
Auffindungsort			
Sterbezeitpunkt		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sterbezeitraum		und	
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	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="text"/> -ten Monat	nein <input type="checkbox"/>
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt		zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus	
Name:	Telefon:	Name:	Telefon:
Sichere Zeichen des Todes:		Reanimationsbehandlung	
<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"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Todesursache, klinischer Befund

bitte nur <u>eine</u> 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)		
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen	c) <u>Grundleiden</u>		

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	Obduktion erforderlich:
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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			
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstupfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung	<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"/> 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:	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
Datum: <input type="text"/>	
Zeitpunkt: <input type="text"/> Uhr	

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

WARNHINWEISE

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
Totgeburt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
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	-ten Monat
			<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?		<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt		zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus	
Name:	Telefon:	Name:	Telefon:
Sichere Zeichen des Todes:		Reanimationsbehandlung	
<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		<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			
	b) als Folge von c)			
	c) Grundleiden			
II andere wesentliche Krankheiten				

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	Obduktion erforderlich:
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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				
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstupfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung	<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"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

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

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

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																						
falls Sterbeort nicht bekannt Auffindungsort	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																						
Sterbezeitpunkt	<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						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar											
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																			
Sterbezeitraum zwischen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						und	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																			
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																			

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

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

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																						
falls Sterbeort nicht bekannt Auffindungsort	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																						
Sterbezeitpunkt	<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						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar											
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																			
Sterbezeitraum zwischen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						und	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																			
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.																			

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

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

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

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

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

Obduktionschein

Zutreffendes ankreuzen!

Obduktionsnummer:

1 Personalangaben

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

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) Grundleiden					
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)	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"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstudfall (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: <input type="checkbox"/> natürlicher Tod <input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)
--

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Obduktionschein

Zutreffendes
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom - Gesund- heitsamt ausgefüllt	Standesamt																						
Straße, Hausnummer					Sterbefall beurkundet:	Sterbebuch-Nr. 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																									
Sterbeort		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																									
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																									
Auffindungsort																											
Sterbezeitpunkt		<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						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar													
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr																							
Sterbezeitraum		<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.						und			<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>Std.</td> <td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	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) 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)	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"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstinfall (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: <input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> 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
Sterbeort		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
Auffindungsort			
Sterbezeitpunkt		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sterbezeitraum		und	
Tag	Monat	Jahr	Std.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zwischen			Min.
<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 <u>unmittelbar</u> 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) Grundleiden					
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)		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"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstupfall (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"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <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

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	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; località di destinazione; plaats von bestimmg)

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 ist 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 EUR Geb.-Verz.-Nr.

Ort, Datum

Im Auftrag
(Unterschrift)