





<b>Todesbescheinigung</b> – vertraulicher Teil -	Blatt 1: Gesundheitsamt	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen <input checked="" type="checkbox"/>
--	----------------------------	--

**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. Ort und Zeitpunkt des Todes**

Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
							<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
vermutlicher Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	ca./gegen/ zwischen Uhrzeit	Stunden	Minuten	und
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	Anmerkungen zur Sterbezeitpunktschätzung

**3. Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

Name, Telefonnummer (Praxis oder Krankenhaus), Straße, Nr., PLZ, Ort
--

**4. Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre     Totenflecken     Fäulnis     Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind     Hirntod (Def. Bundesärztekammer)

Nähere Beschreibung

Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von		Minuten
---	--	---------

**5. Todesursache/Klinischer Befund**

Todesursache/Klinischer Befund	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	Obduktionsergebnis
Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand) <small>Hierunter fällt nicht die Art des Todes eintriffts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen, Atemstillstand, sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, die den Tod herbeigeführt hat.</small>	a)..... bedingt durch (Folge von)	
Vorausgegangene Ursachen <b>Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle</b>	b)..... bedingt durch (Folge von)	
	c)..... bedingt durch (Folge von)	
	d)..... <b>Grundfakten</b>	
Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen.	.....	

**6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- und Dienstatunfall (o. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- und 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	Geburtsgewicht
		cm	g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollen Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?		
	<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			

**7. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)**

Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar wegen folgender Befunde oder anamnestischer Tatsachen
Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/>	ja

**Ärztliche Bescheinigung**

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
---	--

<b>Todesbescheinigung</b> – vertraulicher Teil -	Blatt 2: Durchschrift für weiteres Verfahren	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen <input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--

**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. Ort und Zeitpunkt des Todes**

Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
				ca./gegen/ zwischen Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
vermutlicher Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	und
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	Anmerkungen zur Sterbezeitpunktschätzung

**3. Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

Name, Telefonnummer (Praxis oder Krankenhaus), Straße, Nr., PLZ, Ort
--

**4. Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecken  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod (Def. Bundesärztekammer)

Nähere Beschreibung

Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von		Minuten
---	--	---------

**5. Todesursache/Klinischer Befund**

Todesursache/Klinischer Befund	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	Obduktionsergebnis
Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand) <small>Hierunter fällt nicht die Art des Todesertritts wie z.B. Herz-Kreislaufversagen, Atemstillstand, sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, die den Tod herbeigeführt hat.</small>	a)..... bedingt durch (Folge von)	
Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b)..... bedingt durch (Folge von)	
	c)..... bedingt durch (Folge von)	
	d)..... Grundleiden	
Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen.	.....	

**6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen

Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)			
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- und Dienstatunfall (o. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- und Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrfingsgeburt <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 vollen Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		

**7. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)**

Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar wegen folgender Befunde oder anamnestischer Tatsachen
Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/>	ja

**Ärztliche Bescheinigung**

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
---	--

# Anlage 1

<b>Todesbescheinigung</b> – vertraulicher Teil -	Blatt 3: Doppel für Ärztin/Arzt	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen <input checked="" type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--

**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. Ort und Zeitpunkt des Todes**

Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
				ca./gegen/ zwischen Uhrzeit	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
vermutlicher Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	und
Zeitpunkt der Leichenauffindung	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunden	Minuten	Anmerkungen zur Sterbezeitpunktschätzung

**3. Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt**

Name, Telefonnummer (Praxis oder Krankenhaus), Straße, Nr., PLZ, Ort
--

**4. Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre     Totenflecken     Fäulnis     Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind     Hirntod (Def. Bundesärztekammer)

Nähere Beschreibung

Nulllinie im EKG nach einer Reanimationsdauer von		Minuten
---	--	---------

**5. Todesursache/Klinischer Befund**

Todesursache/Klinischer Befund	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	Obduktionsergebnis
Direkt zum Tode führende Krankheit (oder Zustand) <small>Hierunter fällt nicht die Art des Todesintrits wie z.B. Herz-Kreislauferstagen, Atemstillstand, sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, die den Tod herbeiführt hat.</small>	a)..... bedingt durch (Folge von)	
Vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b)..... bedingt durch (Folge von)	
	c)..... bedingt durch (Folge von)	
	d)..... Grundleiden	
Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen.	.....	

**6. Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)			
	Bei Vergiftung Angabe des Mittels			
Unfallkategorie (bitte nur Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- und Dienstatunfall (o. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- und 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	Geburtsgewicht	
			cm	
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollen Stunden	Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?			
	<input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort?			
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	

**7. Todesart (bitte nur eine Alternative ankreuzen und die Entscheidungsgründe kurz dokumentieren)**

Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar wegen folgender Befunde oder anamnestischer Tatsachen
Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar
Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/>	ja

**Ärztliche Bescheinigung**

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben nach bestem Wissen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
---	--