

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 unbedeckte 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 Unfalltoden 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		Wird vom Standes- beamten ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer					Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich		
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		Std. Min.		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
		Tag Monat Jahr				
Sterbezeitraum		Tag Monat Jahr		Std. Min.		
zwischen		und				
WARNHINWEISE		Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)			Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		Tot- geburt ☐ ja ☐ nein		Mehrlings- geburt ☐ ja ☐ nein		Länge bei Geburt cm Geburtsgewicht g

ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!

Identifikation

☐ Aufgrund eigener Kenntnis	☐ Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	☐ Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	☐ nicht möglich
Todesart:			
☐ natürlicher Tod	☐ nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	☐ 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: Zeitpunkt: Uhr	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
---	--

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung

- vertraulicher 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: ☐ männlich ☐ weiblich		
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		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar				
Std. Min. Tag Monat Jahr						
Sterbezeitraum		und				
zwischen						

WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Tot- geburt ☐ ja ☐ nein	Mehrlings- geburt ☐ ja ☐ nein	Länge bei Geburt cm Geburtsgewicht 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 ☐ unbekannt		
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? ☐ ja ☐ 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 ☐		Reanimationsbehandlung ☐ ja ☐ nein	

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) <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						

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 ☐			
Tod durch fremde Hand ☐	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung ☐	☐ häuslicher Unfall	☐ Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	☐ Landwirtschaftlicher Betrieb
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt ☐	☐ Verkehrsunfall	☐ Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	☐ 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:	
Zeitpunkt: Uhr	

Blatt 2: Statistisches Landesamt

Todesbescheinigung

- vertraulicher 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 Tag Monat Jahr 	Geburtsort		Geschlecht: ☐ männlich ☐ 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. 	Tag Monat Jahr 	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum zwischen	Tag Monat Jahr 	Std. Min. 	und 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 ☐ ja ☐ nein	Mehrlings- geburt ☐ ja ☐ nein	Länge bei Geburt cm Geburtsgewicht 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 ☐ unbekannt		
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? ☐ ja ☐ nein		
Sichere Zeichen des Todes:			
Totenstarre ☐ Totenflecke ☐ Fäulnis ☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind ☐ Hirntod ☐			
Reanimationsbehandlung ☐ ja ☐ nein			

Todesursache, klinischer Befund

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

I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10
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 <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:	☐ 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 ☐			
Tod durch fremde Hand ☐	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	☐ Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung ☐	☐ häuslicher Unfall	☐ Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	☐ Landwirtschaftlicher Betrieb
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt ☐	☐ Verkehrsunfall	☐ Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	☐ 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



“

Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche
(Obduktionsdoppel)

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

☒ Zutreffendes
ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
Geschlecht:		☐ männlich	☐ 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
Sterbezeitraum		zwischen	
Tag	Monat	Jahr	Std.
			Min.
und		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	ja	nein
Mehrlingsgeburt		ja	nein
Länge bei Geburt		cm	Geburtsgewicht
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	unbekannt
		Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	
		ja	nein
zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt		zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus	
Name:		Name:	
Telefon:		Telefon:	
Sichere Zeichen des Todes:		Totenstarre	
		Totenflecke	
		Fäulnis	
		Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	
		Hirntod	
Reanimationsbehandlung		ja	
		nein	

Todesursache, klinischer Befund

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

I unmittelbar zum Tode führende Krankheit		a) Todesursache	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10	
vorangegangene Ursachen		b) als Folge von c)			
Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle		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:						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									
Tod durch fremde Hand		Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)							
		☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall)				☐ Industrieanlagen, Baustellen			
		☐ häuslicher Unfall				☐ Landwirtschaftlicher Betrieb			
Selbsttötung		☐ Verkehrsunfall				☐ 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:	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
Datum:	
Zeitpunkt:	

Blatt 4: Arztdoppel

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

☒ Zutreffendes
ankreuzen!**Personalangaben**

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
Geschlecht:		☐ männlich	☐ 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
Sterbezeitraum		zwischen	
Tag	Monat	Jahr	Std.
			Min.
und		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	ja	nein
Mehrlingsgeburt		ja	nein
Länge bei Geburt		cm	Geburtsgewicht
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	unbekannt
Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?		ja	nein
zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt		zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus	
Name:		Name:	
Telefon:		Telefon:	
Sichere Zeichen des Todes:		Totenstarre	Totenflecke
		Fäulnis	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind
		Hirntod	Reanimationsbehandlung
		ja	nein

Todesursache, klinischer Befundbitte 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	b) als Folge von c)	
	Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	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:	☐ 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)		
Unfall	ICD-10 (Kapitel xx)		
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
Selbsttötung			
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt			
	☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Industrieanlagen, Baustellen
	☐ häuslicher Unfall	☐ Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	☐ Landwirtschaftlicher Betrieb
	☐ Verkehrsunfall	☐ Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	☐ 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:	
Zeitpunkt:	