

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	

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 Auffindungsort	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
Sterbezeitpunkt	Std. Min. Tag Monat Jahr 	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Sterbezeitraum zwischen	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- geburts ☐ ja ☐ nein	Mehrlings- geburts ☐ 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 Name: Telefon:		zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus 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
Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod			Obduktion erforderlich: ☐ ja ☐ nein
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 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	

WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen		bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	
Tot- geburt	ja ☐ nein ☐	Mehrlings- geburt	ja ☐ nein ☐
Länge bei Geburt		cm	Geburtsgewicht
			g
Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	
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:		Reanimationsbehandlung	
Totenstarre		Totenflecke	
Fäulnis		Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	
Hirntod		ja ☐ nein ☐	

Todesursache, klinischer Befundbitte 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 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)	☐ 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:	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:	

Blatt 1: Für die Leichenschau

Vorläufige Feststellung des Todes

☒ Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geburtsort			
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich			

2 Identifikation

☐ aufgrund eigener Kenntnis	☐ nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	☐ nach Angaben von Angehörigen/Dritten	☐ nicht möglich
--	---	---	--

3 Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenstarre	☐ Totenflecke	☐ Fäulnis	☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	☐ Hirntod
Reanimationsbehandlung		☐ ja	☐ nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

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	
Sterbezeitraum	Tag	Monat
zwischen	Jahr	Std.
	Min.	
	und	Tag
	Monat	Jahr
	Std.	Min.

oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar

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	Tag	Monat	Jahr
Geburtsort			
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich			

2 Identifikation

☐ aufgrund eigener Kenntnis	☐ nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	☐ nach Angaben von Angehörigen/Dritten	☐ nicht möglich
--	---	---	--

3 Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenstarre	☐ Totenflecke	☐ Fäulnis	☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	☐ Hirntod
Reanimationsbehandlung		☐ ja	☐ 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	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum zwischen	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

Vorläufige Feststellung des Todes

☒ Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geburtsort			
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich			

2 Identifikation

☐ aufgrund eigener Kenntnis	☐ nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	☐ nach Angaben von Angehörigen/Dritten	☐ nicht möglich
--	---	---	--

3 Sichere Zeichen des Todes

☐ Totenstarre	☐ Totenflecke	☐ Fäulnis	☐ Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	☐ Hirntod
Reanimationsbehandlung		☐ ja	☐ 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	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum	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 1: Gesundheitsamt

Obduktionsschein

☒ Zutreffendes
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom - Gesund- heitsamt 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	
Sterbezeitraum		Tag		Monat		Jahr	
zwischen							
		Std.		Min.		und	

2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

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

		Zeiddauer 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						

3 Äußere Ursachen des Todes

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	

Todesart:

☐ natürlicher Tod

☐ nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Obduktionsschein

☒ Zutreffendes
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		Wird vom - Gesund- heitsamt 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.		Tag Monat Jahr		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Sterbezeitraum		Tag Monat Jahr		Std. Min.		und Tag Monat Jahr	
zwischen							

2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

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

		Zeiddauer 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						

3 Äußere Ursachen des Todes

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	

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	
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
Tag		Monat	
Sterbezeitraum		und	
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				
	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					

3 Äußere Ursachen des Todes

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)		
Selbsttötung	☐	☐ Schulunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	☐ Industrieanlagen, Baustellen
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	☐	☐ häuslicher Unfall	☐ Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	☐ Landwirtschaftlicher Betrieb
	☐	☐ Verkehrsunfall	☐ Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	☐ sonstiger Unfall

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 data 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 van bestemming)

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 frapponere 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)