

Vorläufige Feststellung des Todes

 Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				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 Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	Straße, Hausnummer, (Name des Krankenhauses o. ä.)				
	PLZ, Ort, Kreis				
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten
Nach eigenen Feststellungen			Nach Angaben von Angehörigen / Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt oder tot aufgefunden			Zeitpunkt der Leichenauffindung		
			Tag	Monat	Jahr
			Stunde	Minuten	

Notärzte sind nicht verpflichtet, Todesart und Todesursache festzustellen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin / des Notarztes

Vorläufige Feststellung des Todes

 Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

<input type="checkbox"/> Aufgrund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personal- ausweis / Reisepaß	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Ange- hörigen / 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 Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	Straße, Hausnummer, (Name des Krankenhauses o. ä.)							
	PLZ, Ort, Kreis							
Sterbe- zeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten			
			<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten				
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt oder tot aufgefunden		Zeitpunkt der Leichenauffindung		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten

Notärzte sind nicht verpflichtet, Todesart und Todesursache festzustellen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin / des Notarztes

Vorläufige Feststellung des Todes

 Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Wohnort, Kreis					
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				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, (Name des Krankenhauses o. ä.)				
Auffindungsort, falls nicht Sterbeort	PLZ, Ort, Kreis				
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minuten
			<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen / Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt oder tot aufgefunden	Zeitpunkt der Leichenauffindung		Tag	Monat	Jahr
			Stunde	Minuten	

Notärzte sind nicht verpflichtet, Todesart und Todesursache festzustellen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin / des Notarztes