

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.

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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Sterbeort		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
Auffindungsort						
Sterbezeitpunkt		Std. <input type="text"/> <input type="text"/> Min. <input type="text"/> <input type="text"/>		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
		Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Sterbezeitraum		Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Std. <input type="text"/> <input type="text"/> Min. <input type="text"/> <input type="text"/>		
zwischen		und		Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
				Std. <input type="text"/> <input type="text"/> Min. <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		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: <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"/> Zeitpunkt: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
---	--

Blatt 1: Gesundheitsamt

Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	Wird vom Standesbeamten ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet: Sterbebuch-Nr. Geburtenbuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis		Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum Tag: Monat: Jahr:	Geburtsort		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

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	Totgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ja, im -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 <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"/>
	Reanimationsbehandlung <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Todesursache, klinischer Befund		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10
bitte nur <u>eine</u> Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen			
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 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:	<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		ICD-10 (Kapitel xx)
Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	
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. Dienstunfall (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:	
Datum:	
Zeitpunkt:	Uhr

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

Blatt 2: Statistisches Landesamt

Todesbescheinigung

Zutreffendes
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

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	

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
falls Sterbeort nicht bekannt	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.	

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 <input type="checkbox"/>	Mehrlings- geburt <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	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? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> -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 <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"/>
	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

		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) Grundleiden		
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:	<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)			
Selbsttötung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
	<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:	
Datum:	_____
Zeitpunkt:	_____ Uhr

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

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	zwischen		
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	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm
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
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <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:	Name:
Telefon:	Telefon:

Sichere Zeichen des Todes:	Totenstarre	Totenfleck	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	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		
	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:	<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"/>	<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:	
Zeitpunkt:	

Blatt 4: Arztdoppel

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	zwischen		
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	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	cm
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
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	ja	nein
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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		ja	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			
II 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 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:

<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. Dienstoffall (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:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

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