

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 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 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.

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 <u>unmittelbar</u> 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 <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 <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"/> 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	

Todesart: natürlicher Tod nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 2: Statistisches Landesamt

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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich											
<table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr									
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												
<table border="1"> <tr> <td>Std.</td><td>Min.</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr							
Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr									
Sterbezeitraum	und												
zwischen	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Std.</td><td>Min.</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	Std.	Min.		
Tag	Monat	Jahr											
Std.	Min.												

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) Grundleiden				
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 <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"/> 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	

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	
<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	Std.	Min.	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sterbezeitraum	Tag	Monat	Jahr
zwischen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	und	Tag	Monat
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

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					
	b) als Folge von c)					
	c) Grundleiden					
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	<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"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) 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	

Todesart:	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)
------------------	--	--

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon