

Informationen für die Ärztin / 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 Todesursachen-Statistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin / der Arzt, die unbedeckte Leiche von allen Seiten und bei ausrei-

chender Beleuchtung in Augenschein zu nehmen. Eine Teilbesichtigung der Leiche ist auf keinen Fall zulässig. Eine Leichenschau im Freien sollte nicht erfolgen.

Mit der Feststellung der Todesart wird geprüft, ob Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen. Bei Verneinung dieser Frage wird ein natürlicher Tod angenommen, es sei denn, die Ärztin / der Arzt hält die Todesart für ungeklärt und dokumentiert dies entsprechend. Bei Anhaltspunkten für einen nichtnatürlichen Tod sind diese aufzuführen.

Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfaßt:

- einen nichtvertraulichen Teil und
- einen vertraulichen Teil (Blätter 1 bis 4).

Todesbescheinigung - nichtvertraulicher Teil

Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

Todesbescheinigung - vertraulicher Teil

Die amtliche Todesursachen-Statistik 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 wird.

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 / dem Arzt persönlich verschlossen und ist von dem zur standesamtlichen Todesanzeige Verpflichteten zusammen mit dem nichtvertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Blatt 3 wird in einen weiteren Umschlag eingelegt, von der Ärztin / dem Arzt verschlossen und verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Obduktion vom Obduktionsarzt zu öffnen.

Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin / des Arztes bestimmt.

Erläuterungen

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld "Todesursache / klinischer Befund" der ICD-Code aufgeführt. Die Ärzte, die mit dieser Systematik vertraut sind, können unmittelbar eine Klassifizierung vornehmen.

Für die Qualität der Todesursachen-Statistik ist das Ausfüllen der Spalte "Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod" von großer Bedeutung.

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 der Todesursache" sollte bei Unfalltoten die Kategorie "sonstiger Unfall" nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

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

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	<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

Warnhinweise

Herzschrittmacher

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 3 BSeuchG)

Sonstiges (z. B. Tatbestand gem. § 16 e ChemG)

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar _____ Todesart ungeklärt

Zusatzangaben bei Totgeborenen

Totgeborene oder bei der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g

als tote Leibesfrucht geboren in der Geburt verstorben

Gewicht der Leibesfrucht _____ g

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

 Zutreffendes
ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung				Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

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	

Todesursache, klinischer Befund

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

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare 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) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			
Obduktion angestrebt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

--

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	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	<input type="checkbox"/> 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		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt
---------------------------------------	---

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr	Geburtsort	
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Todesursache, klinischer Befund

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

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</small>			
Obduktion angestrebt?			
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	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	<input type="checkbox"/> 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		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar _____ Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes
ankreuzen!

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

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

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-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I	Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache	
	Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von	
		c) als Folge von (Grundleiden)	
II	Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</small>		
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="text"/> cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Lebensdauer in vollendeten Stunden
	Liegen Anzeichen dafür vor, daß in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes ankreuzen!

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				

Zuletzt behandelnde(r) Ärztin / Arzt

Name und Telefonnummer der / des behandelnden Ärztin / Arztes oder Krankenhauses, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

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-Kreislaufversagen, Kachexie usw. eintragen

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
Vorangegangene Ursachen <small>Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle</small>	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten <small>Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen</small>			
Obduktion angestrebt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache

Z. B. bei Unfall, Gewaltwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstinfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt <input type="text"/> cm	Geburtsgewicht <input type="text"/> g
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im <input type="text"/> -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		

Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod

ja, und zwar Todesart ungeklärt

Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die obengenannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

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



1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		

2 Todesursache / Sektionsbefund

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

		Zeildauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
	Vorangegangene Ursachen		
	b) als Folge von		
	c) als Folge von (Grundleiden)		
II Andere wesentliche Krankheiten			

3 Äußere Ursachen des Todes

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin / des Obduzenten

1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Leichenauffindung			Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

2 Todesursache / Sektionsbefund

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

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I Unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) unmittelbare Todesursache		
	Vorangegangene Ursachen	b) als Folge von	
		c) als Folge von (Grundleiden)	
II Andere wesentliche Krankheiten			

3 Äußere Ursachen des Todes

Z. B. bei Unfall, Gewalteinwirkung, Tod durch fremde Hand, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlungen	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang), bei Vergiftung Angabe des Mittels		ICD-Code
			E
	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstoffall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	
<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

Ort und Datum der Obduktion

--

Unterschrift und Stempel der Obduzentin / des Obduzenten

--

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

in

décédé le

à

who died on

at

deceduto il

a

gestorven op

in

an

par suite de

from

in seguito a

aan

(Todesursache; cause du décès; cause of death; causa del decesso; overlijdensoorzaak)

im Alter von

Jahren

à l'âge de

ans

at the age of

years

all' età di

anni

op de leeftijd van

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

über

de

par

from

via

da

via

van

via

(Absendeort; lieu de départ; place of dispatch; località di partenza; verzendplaats)

(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 frapporte 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.

Ort, Datum

Im Auftrag