

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

| <b>1. Todesbescheinigung<br/>Niedersachsen</b>   |       | Nicht vollständig wegen:   | Notfall/Rettungsdienst          | Gefahr der Selbstbelastung  | <b>Blatt 1:<br/>Untere<br/>Gesundheitsbehörde</b> |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|--|-------|--|---------------------------------|---|---|---|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|---|--|-----|-------|------|---------|---------|--|--|--|--|--|
| 2. Familienname, Vorname/n   |       |  | Staatsangehörigkeit             |   | Standesamt  |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer  |       |  | Wird vom Standesamt ausgefüllt: |   | Sterbefall beurkundet, Register-Nr.               |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 4. Geburtsdatum  |       | Geburtsort, Kreis, ggf. Land   |                                 | Geschlecht  |   | Eingang vorgemerkt  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 | <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div.                         |   | <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 5. Identifikation  |       | <input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 6. Todeszeitpunkt  |       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>  |                                 | Tag   | Monat   | Jahr  | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                         | Minuten   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt  |       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>  |                                 | Tag   | Monat   | Jahr  | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  | und tot aufgefunden  |  | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  | Tag | Monat | Jahr | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                         | Minuten   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                         | Minuten   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 7. Sterbeort   |       | <input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sterbeort<br>Ergänzende Angaben zum Ort<br><input type="checkbox"/> Auffindungsort<br>(Wenn Sterbeort unbekannt)  |       | Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 8. Meldepflicht  |       | 1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod)<br>2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung<br>3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung<br>4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden<br>5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen)<br>6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person<br>7. Todes im amtlichen Gewahrsam<br>8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist<br>9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| (bitte zutreffende Nummer eintragen)   |       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td></tr> </table>   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Folgende Stelle  |       | ist am   |                                 | Datum   |   | Uhrzeit   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)   |       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:   |                                 | folgende Hinweise bestehen:   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)  |       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:   |                                 | folgende Hinweise bestehen:   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin  |       | Name, Telefonnummer, Adresse   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 12. Todesursache   |       | Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt  |                                 |   |   | Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod                        |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand   |       | a)   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle  |       | b) bedingt durch (Folge von)   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | c) Grundleiden   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen   |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichten (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogener Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrüfung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise        |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 14. Nur bei Unfall   |       | <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)   |                                 | <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule) |   | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 15. Bei Frauen   |       | Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="text"/> Monat   |                                 |   |   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt                  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja  |                                 |   |   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt                  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind  |       | Lebensdauer in Stunden <input type="text"/>  |                                 | Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche  |   | <input type="checkbox"/> unbekannt  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)   |       | Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                                 | Länge bei Geburt <input type="text"/> cm  |   | Geburtsgewicht <input type="text"/> g   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 18. Bei Kindern unter einem Jahr   |       | Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                                 | Länge bei Geburt <input type="text"/> cm  |   | Geburtsgewicht <input type="text"/> g   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung):   |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen. |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)  Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG   |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG  |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung   |       |  |                                 |   |   |   |         |         |  |  |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |

Zutreffendes bitte ankreuzen.  und/oder ausfüllen.

|  |  |   |   |   |   |                                     |
|--|--|---|---|---|---|-------------------------------------|
| <b>1. Todesbescheinigung<br/>Niedersachsen</b>   |  | Nicht vollständig wegen:  | Notfall/Rettungsdienst  | Gefahr der Selbstbelastung              | <b>Blatt 2:<br/>LSN / EKN</b>   |                                     |
| 2. Familienname, Vorname/n   |  |   | Staatsangehörigkeit   |   | Wird vom Standesamt ausgefüllt  | Standesamt                          |
| 3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer  |  |   |   |   |   | Sterbefall beurkundet, Register-Nr. |
| 4. Geburtsdatum  |  |   | Geburtsort, Kreis, ggf. Land  |   |   | Eingang vorgemerkt                  |
|  |  |   | Geschlecht  |   | <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung |                                     |
| 5. Identifikation  |  |   | <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div. |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine  |  |   |   |   |   |                                     |
| 6. Todeszeitpunkt  |  | Tag   | Monat   | Jahr                                    | Stunden   | Minuten                             |
|  |  |   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten   |  |   |   |   |   |                                     |
| Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt  |  | Tag   | Monat   | Jahr                                    | Stunden   | Minuten                             |
|  |  |   |   |   |   |                                     |
|  |  | und tot aufgefunden   |   |   |   |                                     |
| 7. Sterbeort   |  | <input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sterbeort<br>Ergänzende Angaben zum Ort<br><input type="checkbox"/> Auffindungsort<br>(Wenn Sterbeort unbekannt)  |  | Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße   |   |   |   |                                     |
|  |  | Weitere Angaben   |   |   |   |                                     |
| 8. Meldepflicht  |  |   |   |   |   |                                     |
| 1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod)<br>2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung<br>3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung<br>4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden<br>5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen)<br>6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person<br>7. Todes im amtlichen Gewahrsam<br>8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist<br>9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche |  |   |   |   |   |                                     |
| Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen  |  |   |   |   |   |                                     |
| (bitte zutreffende Nummer eintragen)   |  |   |   |   |   |                                     |
| Folgende Stelle  |  | ist am  |   | Datum                                   | Uhrzeit   | benachrichtigt worden               |
|  |  |   |   |   |   |                                     |
| 9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)   |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |   | folgende Hinweise bestehen:             |   |                                     |
| 10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |   | folgende Hinweise bestehen:             |   |                                     |
| 11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin  |  | Name, Telefonnummer, Adresse  |   |   |   |                                     |
| 12. Todesursache   |  | Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todesintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt              |   |   | Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod                      |                                     |
| I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand   |  | a)  |   |   |   |                                     |
| Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle  |  | b) bedingt durch (Folge von)  |   |   |   |                                     |
|  |  | c) Grundleiden  |   |   |   |                                     |
| II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen   |  |   |   |   |   |                                     |
| 13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichten (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogenen Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise  |  |   |   |   |   |                                     |
|  |  |   |   |   |   |                                     |
| 14. Nur bei Unfall   |  | <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)  |   | Verkehrsunfall                          |   |                                     |
|  |  | <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)   |   | sonstiger Unfall                        |   |                                     |
| 15. Bei Frauen   |  | Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im _____ Monat   |   | Nein <input type="checkbox"/> unbekannt |   |                                     |
|  |  | Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja   |   | Nein <input type="checkbox"/> unbekannt |   |                                     |
| 16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind  |  | Lebensdauer in Stunden _____ Stunden  |   |   |   |                                     |
|  |  | Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche   |   | <input type="checkbox"/> unbekannt      |   |                                     |
| 17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)   |  | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   Länge bei Geburt _____ cm   Geburtsgewicht _____ g   |   |   |   |                                     |
|  |  | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): _____  |   |   |   |                                     |
| 18. Bei Kindern unter einem Jahr   |  | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   Länge bei Geburt _____ cm   Geburtsgewicht _____ g   |   |   |   |                                     |
|  |  | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): _____  |   |   |   |                                     |
| <b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.   |  |   |   |   |   |                                     |
| 19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)  Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG   |  |   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG  |  |   |   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung   |  |   |   |   |   |                                     |





Zutreffendes bitte ankreuzen  und/oder ausfüllen.

| <b>1. Todesbescheinigung<br/>Niedersachsen</b>   |       | Nicht vollständig wegen:   | Notfall/Rettungsdienst | Gefahr der Selbstbelastung   | <b>Blatt 5:<br/>Ärztin / Arzt</b> |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|--|-------|--|------------------------|--|-----------------------------------|------|---------|---------|--|--|--|--|--|---|--|-----|-------|------|---------|---------|--|--|--|--|--|
| 2. Familienname, Vorname/n   |       |  | Staatsangehörigkeit    |  | Wird vom Standesamt ausgefüllt!   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer  |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 4. Geburtsdatum  |       | Geburtsort, Kreis, ggf. Land   |                        | Geschlecht<br><input checked="" type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div. |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 5. Identifikation  |       | <input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 6. Todeszeitpunkt  |       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>  |                        | Tag  | Monat                             | Jahr | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten  |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                | Minuten  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt  |       | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>  |                        | Tag  | Monat                             | Jahr | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  | und tot aufgefunden <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th><th>Stunden</th><th>Minuten</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |  | Tag | Monat | Jahr | Stunden | Minuten |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                | Minuten  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Tag  | Monat | Jahr   | Stunden                | Minuten  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 7. Sterbeort   |       | <input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sterbeort<br>Ergänzende Angaben zum Ort<br><br><input type="checkbox"/> Auffindungsort<br>(Wenn Sterbeort unbekannt)  |       | Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße<br><br>Weitere Angaben   |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 8. Meldepflicht  |       | 1. Anhaltspunkten für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder ein Einwirken Dritter (nicht natürlicher Tod)<br>2. Anhaltspunkten für einen Tod durch eine ärztliche oder pflegerische Fehlbehandlung<br>3. Anhaltspunkten für einen Tod aufgrund einer außergewöhnlichen Entwicklung im Verlauf der Behandlung<br>4. Eintritt des Todes während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauf folgenden 24 Stunden<br>5. ungeklärter Todesursache (plötzlicher, unerklärlicher Tod eines gesunden Menschen)<br>6. einer nicht sicher zu identifizierenden Person<br>7. Todes im amtlichen Gewahrsam<br>8. einer verstorbenen Person vor Vollendung des 14. Lebensjahres, es sei denn, dass der Tod zweifelsfrei auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist<br>9. bereits fortgeschrittener oder erheblicher Veränderungen der Leiche |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen<br><br>(bitte zutreffende Nummer eintragen)<br><input type="text"/>  |       | Folgende Stelle <input type="text"/> ist am <input type="text"/> Datum <input type="text"/> um <input type="text"/> Uhrzeit <input type="text"/> benachrichtigt worden   |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)   |       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |                        | folgende Hinweise bestehen:  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)  |       | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |                        | folgende Hinweise bestehen:  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin  |       | Name, Telefonnummer, Adresse   |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 12. Todesursache   |       | Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-/Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung, Komplikation, welche den Tod herbeiführt  |                        | Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod   |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand   |       | a) <input type="text"/>  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| Vorangegangene Ursachen: Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle  |       | b) bedingt durch (Folge von) <input type="text"/>  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand in Zusammenhang zu stehen   |       | c) Grundleiden <input type="text"/>  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 13. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, einschl. bösartiger Tumorerkrankungen, bei Meldepflichten (z. B. Suizid, Unfall, Einwirkung Dritter, iatrogener Schädigung, Intoxikation, Fixierung, Verbrühung): äußere oder innere Ursache bzw. Umstände, Wahrnehmungen, Erkenntnisse, Hinweise        |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 14. Nur bei Unfall   |       | <input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)   |                        | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall                                      |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | <input type="checkbox"/> häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 15. Bei Frauen   |       | Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> Ja, im <input type="text"/> Monat   |                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt   |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, Interruptio, ein Abort? <input type="checkbox"/> Ja  |                        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt   |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 16. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind  |       | Lebensdauer in Stunden <input type="text"/> Stunden  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Frühgeburt in der <input type="text"/> Schwangerschaftswoche   |                        | <input type="checkbox"/> unbekannt   |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 17. Bei Totgeborenen (Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g oder nach Ablauf der 24. Schwangerschaftswoche)   |       | Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                        | Länge bei Geburt <input type="text"/> cm <input type="text"/> Geburtsgewicht <input type="text"/> g                    |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): <input type="text"/>  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 18. Bei Kindern unter einem Jahr   |       | Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |                        | Länge bei Geburt <input type="text"/> cm <input type="text"/> Geburtsgewicht <input type="text"/> g                    |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
|  |       | Wo geboren (Klinik, Hausentbindung): <input type="text"/>  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen. |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| 19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)  Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach: <input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG   |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung   |       |  |                        |  |                                   |      |         |         |  |  |  |  |  |   |  |     |       |      |         |         |  |  |  |  |  |