

## Information 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 werden die Weichen gestellt, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird, oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nicht natürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachenstatistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin/der Arzt nach § 3 Abs. 1 BayBestV grundsätzlich die Leichenschau an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen einschließlich aller Körperöffnungen, des Rückens und der behaarten Kopfhaut durchzuführen.

Die Qualifizierung der Todesart prüft, ob Anhaltspunkte für einen **nicht natürlichen Tod** vorliegen. Die Qualifizierung als „nicht natürlicher Tod“ erfolgt, wenn die Ärztin/der Arzt im

Rahmen der Leichenschau Anhaltspunkte dafür findet, dass der Tod durch **Selbsttötung**, durch **Unfall**, durch **strafbare Handlung** oder durch **Einwirkung von außen** herbeigeführt wurde. Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod können sich auch aus den Gesamtumständen außerhalb des Befundes an der Leiche (z.B. Auffindeort, Alter des Verstorbenen) ergeben. Die Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod sind in der Todesbescheinigung (vertraulicher Teil) aufzuführen. Kann die Ärztin/der Arzt im Rahmen der Leichenschau nicht klären, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt, so ist in der Todesbescheinigung die **Todesart** als **ungeklärt** anzugeben.

**Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so hat die/der zur Leichenschau zugezogene Ärztin/Arzt unverzüglich die Polizei zu verständigen.**

## Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nicht-vertraulichen Teil,
- einen vertraulichen Teil (Blatt 1 bis 5).

### Todesbescheinigung – nicht-vertraulicher Teil

Der nicht-vertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

### Todesbescheinigung – vertraulicher Teil

Der vertrauliche Teil der Todesbescheinigung besteht aus zwei Teilen (jeweils Blatt 1 bis 5). Der **vertrauliche Teil 1** ist **in jedem Falle** vollständig auszufüllen und unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben. Der **vertrauliche Teil 2** gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, **ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod** anzuführen und **ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise)** zu machen. Füllt die Ärztin/der Arzt den vertraulichen Teil 2 aus, so ist auch dieser unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

Nachdem der vertrauliche Teil (Blatt 1 bis 5) ausgefüllt und unterzeichnet ist, werden Blatt 1 bis 3 so in den anhängenden Fensterbriefumschlag eingelegt, dass im rechten oberen Sichtfenster die notwendigen Eintragungen durch die Standesbeamtin/den Standesbeamten erfolgen können. Dieser Umschlag wird von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und ist von den Angehörigen oder ihren Beauftragten zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben. **Bestehen Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, ist dieser Umschlag der Polizei zu übergeben.**

Das Doppel für die Obduktion (Blatt 4) wird zusammen mit einem nicht ausgefüllten Obduktionsschein in den anhängenden fensterlosen Briefumschlag eingelegt. Dieser Umschlag wird ebenfalls von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und verbleibt bei der Leiche. Blatt 5 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

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 wird.

## 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. Es besteht keine Verpflichtung, die Klassifizierung nach dem ICD-Code vorzunehmen.

Für die Qualität der Todesursachenstatistik 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.

An das zuständige Standesamt

# Todesbescheinigung – Nicht-vertraulicher Teil –

(weiß)

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt						
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.						
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.						
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten				
				<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten				
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!**

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
---	---	---	--

## Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)	
PLZ, Ort, Landkreis	<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)

## Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr (Schutzmaßnahmen nach § 7 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Tatbestand gem. § 16e ChemG)

## Zusatzangaben bei Totgeborenen

Totgeborene oder in der Geburt gestorbene Leibesfrüchte von mindestens 500 g

<input type="checkbox"/> Als tote Leibesfrucht geboren	<input type="checkbox"/> In der Geburt verstorben	Gewicht der Leibesfrucht							g
--	---	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---

## Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbekleideten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau
---

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
--

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr		Geburtsort		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
Sterbezeitpunkt Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit: Stunden   Minuten		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden		Zeitpunkt der Auffindung der Leiche: Tag   Monat   Jahr   Uhrzeit: Stunden   Minuten		
Todesart <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod				

**Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

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

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod

Reanimationsbehandlung:  ja  nein Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit):  ja  nein

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	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   <input type="checkbox"/> unbekannt	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im   -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		

**Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterbebuch-Nr.	
PLZ, Wohnort, Landkreis			Eintragung vorgemerkt, Vormerkliste-Nr.	
Geburtsdatum	Tag   Monat   Jahr	Geburtsort		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				
Sterbezeitpunkt	Tag   Monat   Jahr	Uhrzeit: Stunden   Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden		Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag   Monat   Jahr	Uhrzeit: Stunden   Minuten
Todesart <input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod				

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

	<input type="checkbox"/> weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2
--	---

**Todesursache/Klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

	<input type="checkbox"/> weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2
--	---

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	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   Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im   -ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		

**Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						

**Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

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

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod

Reanimationsbehandlung:  ja  nein Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit):  ja  nein

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code			
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels					
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (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 oder Schule)				
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	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	Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im		-ten Monat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			
	Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			

**Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten			
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod						

**Zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt**

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

**Sichere Zeichen des Todes**

Totenstarre  Totenflecke  Fäulnis  Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind  Hirntod

Reanimationsbehandlung:  ja  nein Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit):  ja  nein

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Obduktion angestrebt?  ja  nein

**Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

weitere Angaben siehe vertraulicher Teil 2

**Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache**

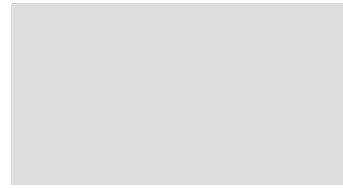
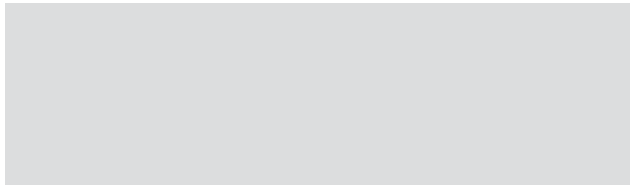
Z.B. bei Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang)		ICD-Code
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels		
Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall
	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt	cm Geburtsgewicht
Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im		
	-ten Monat <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
	Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt			

**Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



Stempel und Unterschrift  
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

## **Inliegend Todesbescheinigung - vertraulicher Teil -**

**Blatt 1 (gelb), Blatt 2 (altgold) und Blatt 3 (blau)**

**Diesen Umschlag zusammen mit dem nicht vertraulichen Teil (weiß) an das zuständige Standesamt weiterleiten.**

### **Inhalt**

- Blatt 1 (gelb): Für das Gesundheitsamt
- Blatt 2 (altgold): Für die Stelle nach Art. 5 Abs. 6 des Bayer. Krebsregistergesetzes
- Blatt 3 (blau): Für das Statistische Landesamt

## **Inliegend Todesbescheinigung - vertraulicher Teil -**

**Blatt 4 (rosa)**

**Dieser Umschlag verbleibt bei der verstorbenen Person.**

### **Inhalt**

- Blatt 4 (rosa) Doppel für die Obduktion
- Obduktionsschein (nicht ausgefüllt)



## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich									
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten			
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten					
				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

### Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!

#### Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

#### Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

#### Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

# Todesbescheinigung

– Vertraulicher Teil 2 –

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

**Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!**

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod**

**Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)**

**Ärztliche Bescheinigung**

**Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.**

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

### Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!

#### Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

#### Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

#### Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

**Personalangaben**

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

### Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!

**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod****Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)****Ärztliche Bescheinigung**

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich						
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit:	Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung gibt der Ärztin/dem Arzt die Möglichkeit, ergänzende Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod anzuführen und ergänzende Angaben zur Todesursache bzw. zu Begleiterkrankungen (Epikrise) zu machen. Bei Ausfüllen des vertraulichen Teils 2 bitte im vertraulichen Teil 1 ankreuzen, dass weitere Angaben gemacht werden. Auch der vertrauliche Teil 2 ist unter Angabe von Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau von der Ärztin/dem Arzt zu unterschreiben.

### Der vertrauliche Teil 1 ist in jedem Falle vollständig auszufüllen!

#### Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

#### Ergänzende Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)

#### Ärztliche Bescheinigung

Auf Grund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		<b><u>Nicht zur Vorlage beim Standesamt</u></b>						
Straße, Hausnummer								
PLZ, Wohnort, Landkreis								
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort				
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich								
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten				
				<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten			
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden Minuten

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
---	---	---	--

## 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		Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herztätigkeit): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)	
PLZ, Ort, Landkreis	
<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)	

## Hinweis:

Nach § 3 Abs. 4 Bayerische Bestattungsverordnung kann sich die Ärztin/der Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung nur dann beschränken, wenn sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt), die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat und sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. Die/Der die vorläufige Todesbescheinigung ausstellende Ärztin/Arzt sollte die Person, die die Leichenschau veranlasst hat darauf hinweisen, unverzüglich eine/n weitere/n Ärztin/Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Die

**vollständige Leichenschau**

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt als die/den Not- bzw. Notfallärztin/arzt ist **unverzüglich zu veranlassen**, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Nicht zur Vorlage beim Standesamt</b>							
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich									
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
---	---	---	--

## 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		Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)	
PLZ, Ort, Landkreis	<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)

## Hinweis:

Nach § 3 Abs. 4 Bayerische Bestattungsverordnung kann sich die Ärztin/der Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung nur dann beschränken, wenn sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt), die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat und sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. Die/Der die vorläufige Todesbescheinigung ausstellende Ärztin/Arzt sollte die Person, die die Leichenschau veranlasst hat darauf hinweisen, unverzüglich eine/n weitere/n Ärztin/Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Die

**vollständige Leichenschau**

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt als die/den Not- bzw. Notfallärztin/arzt ist **unverzüglich zu veranlassen**, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--

## Personalangaben

Name ggf. Geburtsname, Vorname		<b>Nicht zur Vorlage beim Standesamt</b>							
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort, Landkreis									
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geburtsort					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich									
Sterbezeitpunkt	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Sterbezeitpunkt unbekannt bzw. tot aufgefunden				Zeitpunkt der Auffindung der Leiche:	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit: Stunden	Minuten

## Identifikation

<input type="checkbox"/> Auf Grund eigener Kenntnis	<input type="checkbox"/> Nach Einsicht in den Personalausweis/Reisepass	<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	<input type="checkbox"/> nicht möglich
---	---	---	--

## 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		Reanimation passager erfolgreich (Wiedereinsetzen der Herzfähigkeit): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Ort des Todes

<input type="checkbox"/> Sterbeort	<input type="checkbox"/> Auffindungsort, falls nicht Sterbeort
Straße, Hausnummer (Name des Krankenhauses o. ä.)	
PLZ, Ort, Landkreis	<input type="checkbox"/> Wohnanschrift (siehe oben)

## Hinweis:

Nach § 3 Abs. 4 Bayerische Bestattungsverordnung kann sich die Ärztin/der Arzt auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung nur dann beschränken, wenn sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt), die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat und sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird. Die/Der die vorläufige Todesbescheinigung ausstellende Ärztin/Arzt sollte die Person, die die Leichenschau veranlasst hat darauf hinweisen, unverzüglich eine/n weitere/n Ärztin/Arzt zur Vornahme der vollständigen Leichenschau zu benachrichtigen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, ist die Todesart ungeklärt oder wurde die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so ist auch die/der für die Behandlung von Notfällen eingeteilte Ärztin/Arzt verpflichtet, unverzüglich die Polizei zu verständigen und ihr die vorläufige Todesbescheinigung zuzuleiten.

Die

**vollständige Leichenschau**

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt als die/den Not- bzw. Notfallärztin/arzt ist **unverzüglich zu veranlassen**, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung
--

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes
--



## Personalangaben

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

Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden **bestätigt**  
 Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden **nicht** bestätigt  
 Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund

## Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten: Todesursache/Klinischer Befund

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten

**Personalangaben**

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

**Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt**  
 **Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt**  
 **Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund**

**Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:  
Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten

# Obduktionsschein

## Personalangaben

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

**Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden bestätigt**  
 **Im Rahmen der äußeren Leichenschau festgestellte Todesursache/Klinischer Befund werden nicht bestätigt**  
 **Im Rahmen der äußeren Leichenschau erfolgten keine Angaben zu Todesursache/Klinischer Befund**

**Falls Todesursache/Klinischer Befund nicht bestätigt werden bzw. keine Angaben erfolgten:  
Todesursache/Klinischer Befund**

*Bitte nur eine Todesursache pro 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 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			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten

<b>Staat:</b> BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND <b>État:</b> RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE <b>State:</b> FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY <b>Estado:</b> REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA <b>Stato:</b> REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA <b>Staat:</b> BONDSREPUBLIEK DUITSLAND <b>Devlet:</b> FEDERAL ALMANYA CUMHURİYETİ <b>Država:</b> SAVEZNA REPUBLIKA NJEMAČKA <b>Estado:</b> REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA <b>Χώρα:</b> ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ	<b>Bezeichnung der Behörde</b>
<b>Leichenpass</b> Carte mortuaire - Corpse transport permit - Pasaporte para cadaver - Passaporto Mortuario - Lijkepas - Ölü Gecis Belgesi - Mrtvacki pasos - Autorização de transporte de cadaver - Αδεια μεταφοράς σωρού	
<b>Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche von</b> Les dispositions légales concernant la mise en bière ayant été respectées, le corps de - Having been put in the coffin in compliance with all the legal regulations pertaining to same, the remains of - Observadas todas las prescripciones legales sobre el amortajamiento, el cadáver de - Essendo state compiute tutte le prescrizioni legali relative al confezionamento del feretro, la salma di - Wanneer alle wettelijke voorschriften aangaande het kisten zijn nagekomen, dient het lichaam van - Tabutlama hususunda tüm yasal mevzuata uyulduktan sonra, ceset 'den - Poslije uvažavanja svih zakonskih propisa o stavljanju u lijes, transportirat će se mrtvo tijelo - Após a observação estrita de todas as prescrições legais referente ao amortalhamento, o cadáver de - Εχοντας τηρήσει τις διαδικασίες που προβλέπονται από τον Νόμο, τοποθετήθηκε στο φέρετρο η σωρός του	
<b>Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen des Verstorbenen</b> nom de famille, le cas échéant nom de jeune fille, prénoms du défunt - family name or name at birth, first name of the deceased - apellido, nombre de nacimiento, nombres del fallecido - cognome, eventualmente cognome di nascita, nome del defunto - familienam, evt. meisjesnaam, voornamen van de overledene - ölüniün soyadı, gerektiğinde doğuştaki, soyadı, adları - prezime, svtl. rođeno ime, imena umrloga - apelido, evt. nome de solteira, nome próprio do defunto - επώνυμο, γένος επί εγγάμων γυναικών, όνομα	
<b>verstorben am</b> décédé le - who died on - fallecido el - morto il - gestorven op - ölüm tarihi - umrlag/umrle dana - morto a - θανάυ/θανούσα την	
<b>in</b> à - in - en - a - in ölüm yeri - u - em - εις	
<b>an (Todesursache) <sup>1) 2)</sup></b> de (cause du décès) - of (cause of death) - de (causa de la defunción) - di (causa della morte) - op (doodsoorzaak) - ölüm nedeni - od (razlog smrti) - de (causa da morte) - από (αιτία θανάτου)	
<b>im Alter von Jahren (wenn möglich genaues Geburtsdatum)</b> à l'age de ans (mentionner si possible la date de naissance exacte) - at the age of years (if possible please give the exact date of birth) - de años de edad (si posible, indicar fecha de nac. exacta) - di anni (indicare la data di nascita, se possibile) - op de leeftijd van (indien mogelijk precieze geboortedatum) - kaç yaşında öldüğü (mümkünse tam olarak doğum tarihi) - u starosti od godina (po mogućnosti točan datum rođenja) - na idade de (indicar aqui, se for possível, a data exacta de nascimento) - σε ηλικία (να αναφερθεί η ημερομηνία γεννήσεως)	
<b>durch (Beförderungsmittel)</b> doit être transféré (mode de transport) - shall be transported by (means of transport) - debe ser transportado por (medio de transporte) - verrà trasportata tramite (mezzo di trasporto) - door (transportmiddel) - ne ile naklolunduğu - sa prevozno sredstvo - será transportado por (meio de transporte) - θα μεταφερθεί (μέσον μεταφοράς)	
<b>von (Absendeort)</b> de (lieu de départ) - from (place of dispatch) - de (lugar de despacho) - da (luogo di partenza) - van (plaats van verzending) - nereden gönderildiği - od (mjesto odašiljanja) - de (lugar de expedição) - από (τόπος εκκινήσεως)	
<b>über (Strecke)</b> via (route) - via (state route) - a través de (a trayecto) - via (strada da percorrere) - via (naar traject) - gönderildiği yol (güzergâh) - preko u relacija - via para - διασχίζοντας)	
<b>nach (Bestimmungsort) befördert werden.</b> à (lieu de destination) - to (point of destination) - lugar de destino - luogo di destinazione - plaats van bestemming getransporteerd te worden - gideceği yer - odredište - lugar de destino final - εις (ακριβή τόπο προορισμού)	
<b>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.</b> Etant donné que le transfert du corps est autorisé, toutes les autorités des pays sur le territoire desquels le transport circulera sont priées de le laisser se déplacer librement et de ne pas entraver sa circulation. - Permission has been granted for the transport of this corpse. All authorities in the countries/states through which the remains are to be transported are, therefore, requested to allow it to pass freely and unhindered. - Dado que este transporte de cadáver está autorizado, se ruega a las autoridades de los países por donde deba pasar el transporte dejarlo pasar libremente y sin impedimentos. - Trattandosi di un trasporto di salma autorizzato, tutte le autorità dei paesi di transito sono pregate di farlo passare liberamente e senza alcun impedimento. - Aangezien dit lijksport wordt goedgekeurd, wordt aan alle instanties der landen, op wier gebied het transport dient te geschieden, verzocht, dit vrijelijk en ongehinderd te laten passeren. - Cesedin nakline müsaade olundugundan, nakliyatın yapılđıgı ülkelerin resmi makamlarından, cenazeyi serbest olarak ve engellemeksizin geçirtme hususu rica olunmaktadır. - Kako je transport mrtvog tijela odobren, umoljavaju se svi organi vlasti zemalja, preko čijeg će se područja vršiti transport, da ga se pusti slobodno i nesmetano proći. - Tratando-se no caso do presente transporte de um transporte de cadáver autorizado, roga-se a todas as entidades oficiais dos países por cujo território o transporte será efectuado, que o deixem passar livremente. - Δεδομένου ότι για την μεταφορά της παρούσης σωρού έχει χορηγηθεί άδεια, παρακαλούνται οι Αρχές των χωρών επί του εδάφους των οποίων θα πραγματοποιηθεί η μεταφορά να την επιτρέψουν ακωλύτως και ελευθέρως.	
<b>Ort, Datum</b>	<b>(Siegel)</b>

Fußnoten zur Angabe der Todesursache

- 1) Die Angabe der Todesursache ist nur zulässig, wenn der Bestattungspflichtige sein Einverständnis erklärt hat; sie sollte auch in Englisch oder Französisch angegeben werden.
- 2) Ist die Angabe der Todesursache nicht möglich, so ist auf dem Leichenpass anzugeben, ob die Person eines natürlichen Todes oder an einer nicht ansteckenden Krankheit verstorben ist. Starb die Person an einer ansteckenden Krankheit, so sollte diese Tatsache angegeben werden.

---

Dieser Leichenpass ist nach den Bedingungen des europäischen Übereinkommens für die Überführung von Leichen, insbesondere der Art. 3 und 5 (vgl. den folgenden Auszug) ausgestellt und entspricht dem Internationalen Abkommen über die Leichenbeförderung (Berliner Abkommen vom 10. Februar 1937, RGBI II, S. 199).

Europäisches Übereinkommen über die Überführung von Leichen (Auszug):

Artikel 3

1. Jeder Leiche muss während der Überführung ein besonderes Dokument (Leichenpass) beigegeben werden, das von der zuständigen Behörde des Absenderstaates ausgestellt wird.
2. Der Pass muss wenigstens die in dem als Anlage zu diesem Übereinkommen beigefügten Muster aufgeführten Angaben enthalten; er ist in der Amtssprache oder einer der Amtssprachen des Ausstellungsstaates und in einer der Amtssprachen des Europarates abzufassen.

Artikel 5

Der Pass wird von der zuständigen Behörde, auf die in Artikel 8 dieses Übereinkommens Bezug genommen wird, ausgestellt, nachdem sie sich vergewissert hat:

- a) dass alle ärztlichen, gesundheits- und verwaltungsmäßigen sowie rechtlichen Forderungen der in dem Absendestaat gültigen Regelungen betreffend die Leichenbeförderung und – wenn angebracht – die Beisetzung und die Ausgrabung erfüllt worden sind;
- b) dass die Überreste in einen Sarg gelegt worden sind, der die in Artikel 6 und 7 dieses Übereinkommens aufgestellten Forderungen erfüllt;
- c) dass der Sarg nur die Überreste der in dem Pass genannten Person und solche persönlichen Gegenstände enthält, die mit der Leiche beigelegt oder beigelegt werden sollen.

European Agreement on the Transfer of Corpses (excerpt):

Article 3

1. Any corpse shall, during the transfer, be accompanied by a special document (*laissez-passer* for a corpse) issued by the competent authority of the State of departure.
2. The *laissez-passer* shall include at least the information set out in the model annexed to the present Agreement; it shall be made out in the official language or one of the official languages of the State in which it was issued and in one of the official languages of the Council of Europe.

Article 5

The *laissez-passer* is issued by the competent authority referred to in Article 8 of this Agreement, after it has ascertained that:

- a) all the medical, health, administrative and legal requirements of the regulations in force in the State of departure relating to the transfer of corpses and, where appropriate, burial and exhumation have been complied with;
- b) the remains have been placed in a coffin which complies with the requirements laid down in Articles 6 and 7 of this Agreement;
- c) the coffin only contains the remains of the person named in the *laissez-passer* and such personal effects as are to be buried or cremated with the corpse.