

Information zur Durchführung der Leichenschau und zur Todesart

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 die Leichenschau grundsätzlich an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, einschließlich aller Körperöffnungen, des Rückens und der behaarten Kopfhaut durchzuführen.

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.

Erläuterungen zur Todesursachenstatistik

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass der Krankheitsablauf unter „Todesursache/ Klinischer Befund“ in seiner Kausalkette angegeben wird.

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung kann zur „Todesursache/Klinischer Befund“ bei Kenntnis der Systematik der jeweilige ICD-Code angeführt werden. Eine entsprechende Verpflichtung besteht nicht.

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 „Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen“ gemacht werden.

Im Feld „Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache“ sollte bei Unfalltoden die Kategorie „Sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden. Um eine eindeutige Klassifikation zu ermöglichen, sollten möglichst genaue Angaben zum Hergang bei einem nicht natürlichen Tod gemacht werden.

Hinweise zum Weg der Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nicht-vertraulichen Teil (Blatt 1 und 2),
- einen vertraulichen Teil 1 und 2 (jeweils Blatt 1 bis 5)

Todesbescheinigung – nicht-vertraulicher Teil

Blatt 2 des nicht-vertraulichen Teils der Todesbescheinigung wird nach dem Ausfüllen abgetrennt und verbleibt zunächst als Transportbegleitdokument bei der Leiche. Die Angehörigen oder ihre Beauftragten (das sind in der Regel die Bestatter) sorgen für die Anbringung eines Bearbeitungsvermerks durch das Standesamt. Blatt 2 wird letztlich in den Unterlagen des Friedhofsträgers aufbewahrt. Blatt 1 ist unverzüglich dem Standesamt vorzulegen. Insoweit wird auf die Meldepflichten nach §§ 28 bis 30 des Personenstandsgesetzes hingewiesen. Nach Anbringung des Bearbeitungsvermerks übermittelt das Standesamt Blatt 1 mit dem Umschlag für das Standesamt (Umschlag 1) an das zuständige Gesundheitsamt.

Todesbescheinigung – vertraulicher Teil

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

Nachdem der vertrauliche Teil (Blatt 1 bis 5) ausgefüllt und unterzeichnet ist, werden Blatt 1 bis 3 so in den anhängenden Umschlag für das Standesamt (Umschlag 1) eingelegt, dass im rechten oberen Sichtfenster die notwendigen Eintragungen durch den Standesbeamten erfolgen können. Dieser Umschlag wird von der Ärztin/dem Arzt persönlich verschlossen und ist zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil Blatt 1 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 dem nicht ausgefüllten Obduktionsschein in den Umschlag für die Obduktion (Umschlag 2) eingelegt. Dieser Umschlag wird ebenfalls von der Ärztin/vom Arzt persönlich verschlossen und verbleibt bei der Leiche.

Blatt 5 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

Obduktionsschein

Die Ärztin/Der Arzt der Obduktion übermittelt Blatt 1 und 2 des ausgefüllten Obduktionsscheins dem Gesundheitsamt des Sterbeorts.

Blatt 3 des Obduktionsscheins ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin/des Arztes bestimmt.

Findet keine Obduktion statt, vernichtet der Friedhofsträger den ungeöffneten Umschlag 2.

Bescheinigung über die zweite Leichenschau

Für die Durchführung der zweiten Leichenschau vor Feuerbestattungen und Überführungen ins Ausland wird dem amtlichen Formular der Todesbescheinigung ab dem 1. Januar 2023 ein Durchschlag des Obduktionsscheins für die zweite Leichenschau sowie Blatt 1 bis 3 einer Bescheinigung über die zweite Leichenschau hinzugefügt.

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt					
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer					
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer					
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr 	Geburtsort						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt							
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr 	Stunden Minuten 	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten					
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar	Auffindungszeitpunkt		Tag Monat Jahr 	Stunden Minuten 				
	Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag Monat Jahr 	Stunden Minuten 				
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Amtl. Gewahrsam	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	Angebe Station:	<input type="checkbox"/> Sonstiges
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 UND DIE NÄCHSTE SEITE ABTRENKEN!
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

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 Versterbens

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

Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – infektiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG	<input type="checkbox"/> Radionukleide	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

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	Schwangerschaftswoche:		Gewicht der Leibesfrucht in g:	
--	---	------------------------	--	--------------------------------	--

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum	Tag [][]	Monat [][]	Jahr [][][][]	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sterbezeitpunkt	Tag [][]	Monat [][]	Jahr [][][][]	Stunden [][]
	Minuten [][]	Uhrzeit: [][]		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
				<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt		Tag [][]
				Monat [][]
				Jahr [][][][]
				Stunden [][]
				Minuten [][]
				Uhrzeit: [][]
Kategorie Sterbeort		Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag [][]
<input type="checkbox"/> Wohn- nug		<input type="checkbox"/> Stat. Pflege- einrichtung		Monat [][]
<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz		<input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe		Jahr [][][][]
<input type="checkbox"/> Amtl. Ge- wahrsm		<input type="checkbox"/> Krankenhaus Angabe Station:		Stunden [][]
<input type="checkbox"/> Sonstiges				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 UND DIE VORHERIGE SEITE ABTRENNNEN!
(BLATT 1 UND 2 NICHT-VERTRAULICHER TEIL)

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 Versterbens

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

Warnhinweise

<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – infektiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 1 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Infektionsgefahr – hochkontagiöse Leiche (Schutzmaßnahmen nach § 7 Abs. 2 Bayerischer Bestattungsverordnung erforderlich)
<input type="checkbox"/> Chemische Kontamination oder Vergiftung gem. § 16 e ChemG
<input type="checkbox"/> Radionukleide
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

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	Schwangerschaftswoche: [][]	Gewicht der Leibesfrucht in g: [][][][]
--	---	-------------------------------	---

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> unbekannt
Sterbezeitpunkt	Tag 	Monat 	Jahr 	Stunden
	Minuten 	Uhrzeit:		<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen
				<input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Auffindungszeitpunkt		Tag
				Monat
				Jahr
				Stunden
				Minuten
		Uhrzeit:		
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag 		Monat
		Jahr 		Stunden
				Minuten
		Uhrzeit:		
Kategorie	<input type="checkbox"/> Wohn-	<input type="checkbox"/> Stat. Pflege-	<input type="checkbox"/> Stat. Hospiz	<input type="checkbox"/> Einrichtung der
Sterbeort	nung	einrichtung	Hospiz	Eingliederungshilfe
				<input type="checkbox"/> Amtl. Ge-
				wahrsam
				<input type="checkbox"/> Krankenhaus
				Angabe Station:
				<input type="checkbox"/> Sontiges
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt	<input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod	

Sichere Zeichen des Todes**Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

	Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2	
<input type="checkbox"/> Obduktion wird angestrebt	

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels	Angaben über den Ort des Ereignisses	
Ggf. 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 Dienstatunfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht	g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche	
	Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt		
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja, im		Monat
		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	<input type="checkbox"/> unbekannt	

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht				
Sterbezeitpunkt		Nach eigenen Feststellungen		
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Auffindungszeitpunkt				
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen				
Kategorie Sterbeort		Krankenhaus		
Todesart		Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

Sichere Zeichen des Todes**Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

	Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
Obduktion wird angestrebt

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	Arbeits- oder Dienstudfall (ohne Wegeunfall)	Verkehrsunfall
	Häuslicher Unfall	Sport- oder Dienstudfall (nicht in Haus oder Schule)	Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt?	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Stunden
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja, im	Monat
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	nein
		ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	unbekannt

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Straße, Hausnummer		Wird vom Standesamt ausgefüllt	Standesamt	
PLZ, Wohnort			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		unbekannt		
Sterbezeitpunkt		Nach eigenen Feststellungen		
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar		Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Auffindungszeitpunkt		Stunden Minuten		
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Stunden Minuten		
Kategorie Sterbeort		Krankenhaus		
Todesart		Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

Sichere Zeichen des Todes

Reanimationsbehandlung

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
Obduktion wird angestrebt

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	Arbeits- oder Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	Verkehrsunfall
	Häuslicher Unfall	Sport- oder Dienstatunfall (nicht in Haus oder Schule)	Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt?	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Stunden
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja, im	Monat
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	nein
		ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	unbekannt

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr 	Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amtl. Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station: <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

Sichere Zeichen des Todes**Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
Obduktion wird angestrebt

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
	Bei Vergiftung: Angabe des Mittels	Angaben über den Ort des Ereignisses	
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstanfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Sport- oder Dienstanfall (nicht in Haus oder Schule)	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm 	Geburtsgewicht g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden 	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja, im Monat <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt	
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	<input type="checkbox"/> unbekannt

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr 	Geburtsort	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten	
Falls Sterbezeitpunkt nicht bestimmbar:		Auffindungszeitpunkt Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	
Noch gelebt/zuletzt lebend gesehen		Tag Monat Jahr Stunden Minuten Uhrzeit 	
Kategorie Sterbeort	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Stat. Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Stat. Hospiz <input type="checkbox"/> Einrichtung der Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Amtl. Gewahrsam <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Angabe Station:	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Todesart	<input type="checkbox"/> Natürlicher Tod <input type="checkbox"/> Todesart ungeklärt <input type="checkbox"/> Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod		

Sichere Zeichen des Todes**Reanimationsbehandlung**

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Zuletzt behandelnde/r Ärztin/Arzt

Behandelnde/r Ärztin/Arzt oder behandelndes Krankenhaus: Name und Ort

Medizinische Angaben: wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

	Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache	
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von	
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von	
II. Andere wesentliche Krankheiten		

Epikrise: weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2
Obduktion wird angestrebt

Weitere Angaben zur Klassifikation der Todesursache bei Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod

Z.B. bei Unfall, Vergiftung, sonst. Gewalteinwirkung, Selbsttötung sowie bei Komplikationen medizinischer Behandlung	Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod / Angaben über den Hergang		ICD-Code
	<input type="checkbox"/> weitere Angaben s. vertraulicher Teil 2		
	Art der Verletzung oder der Schädigung (Todesursache), z.B. Fraktur, Strangulation, Vergiftung usw.		
Ggf. Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen)	Schulunfall (ohne Wegeunfall)	Arbeits- oder Dienstoffall (ohne Wegeunfall)	Verkehrsunfall
	Häuslicher Unfall	Sport- oder Dienstoffall (nicht in Haus oder Schule)	Sonstiger Unfall

Weitere Angaben zur Klassifikation beim Tod von Frauen und Kindern

Bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeburten	Mehrlingsgeburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei der Geburt in cm	Geburtsgewicht	g
Bei Neugeborenen, die in den ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt
Bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja, im	Monat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
	Eine Entbindung, ein Abort oder eine Extrauterin gravidität erfolgte:	<input type="checkbox"/> ja, innerhalb von 42 Tagen vor dem Tod	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
		<input type="checkbox"/> ja, zwischen 42 Tagen bis zu einem Jahr vor dem Tod	<input type="checkbox"/> unbekannt	

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Umschlag 1: Standesamt 154 x 219 mm (recycling-braun)



Stempel und Unterschrift
des Standesbeamten/der Standesbeamtin

Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –

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

Diesen Umschlag 1 zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil Blatt 1 (grau) an das zuständige Standesamt übergeben.

Inhalt

Blatt 1 (gelb): Für das Gesundheitsamt
Blatt 2 (altgold): Für die Stelle nach Art. 7 Abs. 1 des Bayerischen Krebsregistergesetzes
Blatt 3 (blau): Für das Statistische Landesamt

Umschlag 2: Obduktion DIN C 5 (koralle)

Name, ggf. Geburtsname, Vorname der/des Verstorbenen

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Inliegend Todesbescheinigung – vertraulicher Teil –

Blatt 4 (rosa) für die Obduktion

Dieser Umschlag 2 verbleibt bei der verstorbenen Person. Der Umschlag darf vom Arzt der Obduktion geöffnet werden.

Inhalt

Blatt 4 (rosa): Doppel für die Obduktion
Obduktionsschein Blatt 1 bis 3

(nicht ausgefüllt)

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr 	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem 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 Fall vollständig auszufüllen!

Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

--

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

--

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname								
Straße, Hausnummer								
PLZ, Wohnort								
Geburtsdatum	<table><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsort
Tag	Monat	Jahr						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt							

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem 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 Fall vollständig auszufüllen!

Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen**Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod****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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Straße, Hausnummer								
PLZ, Wohnort								
Geburtsdatum	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Geburtsort
Tag	Monat	Jahr						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt							

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem 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 Fall vollständig auszufüllen!

Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

--

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

--

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
--

Personalangaben **BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN**

Name, ggf. Geburtsname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Geburtsort

Geschlecht

☐

männlich

☐

weiblich

☐

divers

☐

unbekannt

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem 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 Fall vollständig auszufüllen!**Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen****Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod****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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND DABEI FEST AUFDRÜCKEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Geburtsort

Geschlecht

☐

männlich

☐

weiblich

☐

divers

☐

unbekannt

Der vertrauliche Teil 2 der Todesbescheinigung bietet Felder für weitere Angaben zur Epikrise und zu Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod. Bitte auf dem 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 Fall vollständig auszufüllen!

Epikrise: Weitere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen

Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod

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, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
Sterbezeitpunkt	Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten

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

Reanimationsbehandlung

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Ort des Auffindens

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

Hinweise

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die

Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod 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.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Nicht zur Vorlage beim Standesamt
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum	Tag Monat Jahr 	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	
Sterbezeitpunkt	Tag Monat Jahr 	Stunden Minuten Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten <input type="checkbox"/>

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

Reanimationsbehandlung

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Ort des Auffindens

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

Hinweise

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die

Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod 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.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

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

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

Reanimationsbehandlung

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, nicht mit dem Leben vereinbar	<input type="checkbox"/> Hirntod (nur klinisch)	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--	---	--

Ort des Auffindens

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

Hinweise

Nach § 3 Abs. 3 der Bayerischen Bestattungsverordnung muss die Ärztin/der Arzt ausnahmsweise nicht den nicht-vertraulichen und den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ausfüllen, sondern kann sich auf die Ausstellung dieser vorläufigen Todesbescheinigung beschränken, wenn

- sie/er für die Behandlung von Notfällen eingeteilt ist (Notärztin/Notarzt, Notfallärztin/Notfallarzt)
- sie/er die verstorbene Person vorher nicht behandelt hat (Ausnahme: z.B. Reanimationsmaßnahmen) und
- sichergestellt ist, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt oder eine/ein andere/r Ärztin/Arzt die noch fehlenden Feststellungen treffen wird.

Das Ausfüllen lediglich des Notarztprotokolls ist keinesfalls ausreichend.

Die Ärztin/der Arzt sollte die Person, die die Behandlung und Ausstellung der vorläufigen Todesbescheinigung veranlasst hat, darauf hinweisen, dass die

vollständige Leichenschau

durch eine/n andere/n Ärztin/Arzt unverzüglich zu veranlassen ist. Zur Nachtzeit gilt dies nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Ergeben sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod 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.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Ärztin/des Arztes
---	--

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname		Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt	Standesamt	
Straße, Hausnummer			Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer	
PLZ, Wohnort			Beurkundung zurückgestellt, Nummer	
Geburtsdatum	Tag 	Monat 	Jahr 	Geburtsort
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung	Tag 	Monat 	Jahr 	Stunden
	Uhrzeit 			Minuten
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt				

- ☐ 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:
Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund**

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.


		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-Code
I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letztliche Todesursache		
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von		
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von		
II. Andere wesentliche Krankheiten			

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

										Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt		Standesamt									
Straße, Hausnummer												Sterbefall beurkundet, Sterberegisternummer									
PLZ, Wohnort												Beurkundung zurückgestellt, Nummer									
Geburtsdatum		Tag		Monat		Jahr		Geburtsort													
Sterbezeitpunkt, ggf. Datum der Auffindung		Tag		Monat		Jahr		Stunden		Minuten		Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich		<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> divers		<input type="checkbox"/> unbekannt	
								Uhrzeit													

- ☐ 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:
Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

I. Unmittelbar zum Tod führende Krankheit	a) letzte Todesursache				
Vorangegangene Ursache (Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache herbeigeführt haben)	b) als Folge von				
Grundleiden (ursprüngliche Ursache)	c) als Folge von				
II. Andere wesentliche Krankheiten					

Ort und Datum der Obduktion	Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten
-----------------------------	--

Personalangaben

BITTE FORMULAR LESERLICH AUSFÜLLEN

Name, ggf. Geburtsname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Geburtsort

Sterbezeitpunkt, ggf.

Tag

Monat

Jahr

Stunden

Minuten

Datum der Auffindung

Uhrzeit

Geschlecht

☐ männlich☐ weiblich☐ divers☐ unbekannt☐

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:
Wahrscheinlichste Todesursache/klinischer Befund

Bitte nur eine Todesursache pro Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufversagen, Kachexie usw.

Zeitdauer zwischen Beginn
der Krankheit und Tod

ICD-Code

**I. Unmittelbar zum Tod
führende Krankheit**

a) letztliche Todesursache

Vorangegangene Ursache
(Krankheiten, die die unmittelbare
Todesursache herbeigeführt haben)

b) als Folge von

Grundleiden
(ursprüngliche Ursache)

c) als Folge von

**II. Andere wesentliche
Krankheiten**

Ort und Datum der Obduktion

Unterschrift, Name und Telefonnummer (Stempel) der Obduzentin/des Obduzenten

Staat: BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND État: RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE State: FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY Estado: REPÚBLICA FEDERAL DE ALEMANIA Stato: REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA Staat: BONDSREPUBLIEK DUITSLAND Devlet: FEDERAL ALMANYA CUMHURİYETİ Država: SAVEZNA REPUBLIKA NJEMAČKA Estado: REPÚBLICA FEDERAL DA ALEMANHA Χώρα: ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ	Bezeichnung der Behörde
<p align="center">Leichenpass</p> <p align="center">Carte mortuaire - Corpse transport permit - Pasaporte para cadaver - Passaporto Mortuario - Lijkepas - Ölü Gecis Belgesi - Mrtvacki pasos - Autorização de transporte de cadaver - Αδεία μετάφορας σωρού</p>	
<p>Nachdem alle gesetzlichen Vorschriften über die Einsargung beachtet worden sind, soll die Leiche von 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 amotajamiento, 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, τοποθετήκε στο φέρετρο η σωρός του</p>	
Familienname, ggf. Geburtsname, Vornamen des Verstorbenen 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 - ölünün soyadı, gerektiğinde doğuştaki, soyadı, adları - prezime, svtl. rođeno ime, imena umroga - apelido, evt. nome de solteira, nome próprio do defunto - επώνυμο, γένος επί εγγάμων γυναικών, όνομα	
verstorben am décédé le - who died on - fallecido el - morto il - gestorven op - ölüm tarihi - umrlog/umrle dana - morto a - θανάω/θανούσα την	
in à -in - en - a - in ölüm yeri - u - em - εις	
an (Todesursache) ¹⁾²⁾ 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 (αίτια θανάτου)	
im Alter von Jahren (wenn möglich genaues Geburtsdatum) 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)	
durch (Beförderungsmittel) 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)	
von (Absendeort) de (lieu de départ) - from (place of dispatch) - de (lugar de despacho) - da (luogo di partenza) - van (plaats van verzending) - nereden gönderildiği - od (mjesto ođaslijanja) - de (lugar de expedicao) - από (τόπος εκκινήσεως)	
über (Strecke) 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)	
nach (Bestimmungsort) befördert werden. 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)	
<p>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. 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 lijkttransport wird 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 yapıldığı 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.</p>	
Ort, Datum	<p align="center">(Siegel)</p>

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 eingäschert 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.