

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nicht vollständig wegen:</b> <input type="checkbox"/> <b>Notfall-/ Rettungsdienst</b> benachrichtigt wurde <input type="checkbox"/> <b>Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</b>	Blatt 1: <b>Untere Gesundheitsbehörde</b>
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit	<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Gemeinde-Nr. des Standesamtes	
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	
5. <b>Identifikation</b>		Gemeinde-Nr. des Hauptwohortes
<input type="checkbox"/> persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis / Pass <input type="checkbox"/> keine		Registernummer
6. <b>Todeszeitpunkt</b> <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit Stunde    Minuten	<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung
7. <b>Todeseintritt</b>	Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit    und    Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit    Stunde    Minuten	
8. <b>Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>- nur zulässig im Notfall-/ Rettungsdienst -</small>	Tag    Monat    Jahr    Uhrzeit    Stunde    Minuten	
9. <b>Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>	
<input type="checkbox"/> <b>Sterbeort</b> <input type="checkbox"/> <b>Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)</b>	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>weitere Angaben</small>	
10. Besteht ein <b>Anhaltspunkt</b> für einen <b>nicht natürlichen Tod</b> , wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund
Ist die <b>Todesart</b> (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) <b>ungeklärt</b> , wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	
11. Benachrichtigt wurde	Datum	Uhrzeit
12. <b>Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>	Name, Telefonnummer, Adresse	
13. <b>Warnhinweise</b> Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen
14. <b>Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen
15. <b>Todesursache</b>	Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt	Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. <b>Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand</b>	a)	
<b>vorausgegangene Ursachen</b> Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b) bedingt durch (Folge von)	
	c) Grundleiden	
II. <b>Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen</b>		
16. <b>EpiKrise:</b> Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung, äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels		
17. <b>Nur bei Unfällen</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
18. <b>Bei Frauen</b>	a) Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
19. <b>Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind</b>	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche    Woche    Lebensdauer in vollendeten Stunden    Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt	
20. <b>Bei Totgeborenen von mindestens 500 g</b>	Geburtsort    Mehrlingsgeburt    Länge bei Geburt    Geburtsgewicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    cm    g	
<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.		
21. <b>Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>	<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen. <small>Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)</small>	

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<b>Nicht vollständig wegen:</b>	<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	<b>Blatt 2:</b> LSKN / EKN
<b>2.</b> Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>
<b>3.</b> Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Gemeinde-Nr. des Standesamtes			
<b>4.</b> Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	<b>Geschlecht</b>		Gemeinde-Nr. des Hauptwohnortes
		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Registernummer
<b>5. Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
<b>6. Todeszeitpunkt</b> <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
<b>7. Todesertritt</b>	zwischen	Tag	Monat	Jahr
		Uhrzeit	und	Tag
		Uhrzeit		Monat
		Jahr		Uhrzeit
		Uhrzeit		Stunde
		Uhrzeit		Minuten
<b>8. Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>Falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich: - nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
<b>9. Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> 1 im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 2 zu Hause	<input type="checkbox"/> 3 im Heim	<input type="checkbox"/> 4 Transport
	<input type="checkbox"/> 5 Sonstiger	Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer, Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße		
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:	weitere Angaben		
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)				
<b>10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund	
<b>Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
<b>11. Benachrichtigt wurde</b>	Name, Telefonnummer, Adresse		Datum	Uhrzeit
<b>12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>				
<b>13. Warnhinweise</b> Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
<b>14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
<b>15. Todesursache</b>	Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todesertritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw. sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand	a)			
<b>vorausgegangene Ursachen</b> Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b) bedingt durch (Folge von)			
	c) Grundleiden			
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen				
<b>16. Epikrise:</b> Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels				
<b>17. Nur bei Unfällen</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall
	<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall	<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall		
<b>18. Bei Frauen</b>	a) Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind</b>	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	Stunden
	Geburtsort	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt	Geburtsgewicht
<b>20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	cm	g
<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.				
<b>21. Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)			
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.				

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nicht vollständig wegen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Notfall-/ Rettungsdienst</b> <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> <b>Gefahr einer Verfolgung</b> <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	<b>Blatt 3: Standesamt</b>
<b>2.</b> Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>
<b>3.</b> Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Gemeinde-Nr. des Standesamtes			
<b>4.</b> Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
<b>5. Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine
<b>6. Todeszeitpunkt</b> <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
<b>7. Todeszeitpunkt</b> <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
<b>8. Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
<b>9. Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> 1 im Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 zu Hause <input type="checkbox"/> 3 im Heim <input type="checkbox"/> 4 Transport <input type="checkbox"/> 5 Sonstiger <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>			
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>weitere Angaben</small>			
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)				
<b>10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund	
<b>11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
<b>12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>	Name, Telefonnummer, Adresse			
<b>13. Warnhinweise</b> Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
<b>14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
<b>15.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>16.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>17.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>18.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>19.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>20.</b>	[REDACTED AREA]			
<b>Ärztliche Bescheinigung:</b> Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.				
<b>21. Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>	<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.			
	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)			

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<b>Nicht vollständig wegen:</b>	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)		<b>Blatt 4: Zweite Leichenschau</b>								
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>									
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich										
5. Identifikation	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass			<input type="checkbox"/> keine							
6. Todeszeitpunkt <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	Erdbestattung		Feuerbestattung				
7. Todeseintritt <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten	und	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten
8. <small>Falls Angaben nach 6 oder 7 nicht möglich:</small> <b>Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten							
9. <b>Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger		<small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>										
<input type="checkbox"/> Sterbeort    Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: (Sterbeort unbekannt)		<small>weitere Angaben</small>											
10. Besteht ein <b>Anhaltspunkt</b> für einen <b>nicht natürlichen</b> Tod, wenn ja, welcher?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		Anhaltspunkt / Grund									
Ist die <b>Todesart</b> (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) <b>ungeklärt</b> , wenn ja, warum?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:											
11. Benachrichtigt wurde		Datum		Uhrzeit									
12. <b>Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>		Name, Telefonnummer, Adresse											
13. <b>Warnhinweise</b> Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen									
14. <b>Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen									
15. <b>Todesursache</b>		Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todeseintritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt								Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod			
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand  <b>vorausgegangene Ursachen</b> Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle		a)											
		b) bedingt durch (Folge von)											
		c) Grundleiden											
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen													
16. <b>Epikrise:</b> Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels													
17. <b>Nur bei Unfällen</b>		<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		<input type="checkbox"/> Schulunfall		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall		<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall		<input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall		<input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
18. <b>Bei Frauen</b>		a) Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Monat		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> unbekannt			
b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
19. <b>Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind</b>		Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Woche		Lebensdauer in vollendeten Stunden		Stunden		<input type="checkbox"/> unbekannt			
20. <b>Bei Totgeborenen von mindestens 500 g</b>		Geburtsort		Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt		Geburtsgewicht					
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.</b>													
21. <b>Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>		Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)											
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.													

Zutreffendes bitte ankreuzen  und / oder ausfüllen

<b>1. Todesbescheinigung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nicht vollständig wegen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Notfall-/ Rettungsdienst</b> <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> <b>Gefahr einer Verfolgung</b> <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	<b>Blatt 5:</b> <b>Ärztin / Arzt</b>	
<b>2.</b> Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			<b>Wird vom Standesamt ausgefüllt!</b>	
<b>3.</b> Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer					
<b>4.</b> Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
<b>5. Identifikation</b>	<input type="checkbox"/> persönlich bekannt	<input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger / Dritter	<input type="checkbox"/> Ausweis / Pass	<input type="checkbox"/> keine	
<b>6. Todeszeitpunkt</b> <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten	
<b>7. Todesertritt</b>	zwischen	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten
<b>8. Zeitpunkt der Leichenauffindung</b> <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten	
<b>9. Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> 1 im Krankenhaus <input type="checkbox"/> 2 zu Hause <input type="checkbox"/> 3 im Heim <input type="checkbox"/> 4 Transport <input type="checkbox"/> 5 Sonstiger <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>				
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:				
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)	weitere Angaben				
<b>10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund		
<b>11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:			
<b>12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt</b>	Name, Telefonnummer, Adresse				
<b>13. Warnhinweise</b> Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen		
<b>14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen		
<b>15. Todesursache</b>	Unter Todesursache fällt nicht die Art des Todesertritts, wie z. B. Herz-Kreislauf-Versagen, Atemstillstand usw., sondern die Krankheit, Verletzung oder Komplikation, welche den Tod herbeiführt			Ungefähre Zeitspanne zwischen Beginn der Krankheit und Tod	
I. Direkt zum Tode führende Krankheit oder Zustand	a)				
vorausgegangene Ursachen Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle	b) bedingt durch (Folge von)				
II. Andere wesentliche Krankheitszustände, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der Krankheit selbst oder mit dem die Krankheit verursachenden Zustand im Zusammenhang zu stehen	c) Grundleiden				
<b>16. Epikrise:</b> Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels					
<b>17. Nur bei Unfällen</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> Schulunfall	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Häuslicher Unfall <input type="checkbox"/> Sport- oder Spielunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall	
<b>18. Bei Frauen</b>	a) Liegt eine Schwangerschaft vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Monat <input type="checkbox"/> unbekannt b) Entbindung, Interruptio, Abort in den letzten 6 Wochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt				
<b>19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind</b>	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	Stunden <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g</b>	Geburtsort	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt	Geburtsgewicht	
<b>Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben gemachten Angaben. Die Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des BestattG zutreffen.</b>					
<b>21. Vornahme einer inneren Leichenschau?</b>	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)				
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.					