

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

1. Todesbescheinigung	<input type="checkbox"/> Nicht vollständig wegen: <input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst benachrichtigt wurde <input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	Blatt 1: Untere Gesundheitsbehörde
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit	Wird vom Standesamt ausgefüllt!
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer		
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	
5. Identifikation		Gemeindegliederungs-Nr. des Standesamtes Gemeindegliederungs-Nr. des Hauptwohnelles Registernummer Erdbestattung Feuerbestattung
6. Todeszeitpunkt <small>falls nicht möglich: bitte Angabe unter 7.</small>		
7. Todeseintritt		
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/ Rettungsdienst -</small>		
9. Sterbeort		
<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)		1 im Krankenhaus 2 zu Hause 3 im Heim 4 Transport 5 Sonstiger <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small> Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>weitere Angaben</small>
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod , wenn ja, welcher?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Anhaltspunkt / Grund Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt , wenn ja, warum? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
11. Benachrichtigt wurde		Datum Uhrzeit
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt		Name, Telefonnummer, Adresse
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: folgende Hinweise bestehen
15. Todesursache		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 vorausgegangene Ursachen 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. EpiKrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung, äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels		
17. Nur bei Unfällen		<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. Bei Frauen		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. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind		<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche Woche _____ Lebensdauer in vollendeten Stunden _____ <input type="checkbox"/> unbekannt
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g		Geburtsort _____ Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Länge bei Geburt _____ cm Geburtsgewicht _____ g
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.		
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?		<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

1. Todesbescheinigung	Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)	Blatt 2: LSKN / EKN		
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			Wird vom Standesamt ausgefüllt!		
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Gemeinde-Nr. des Standesamtes					
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht <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		
7. Todeszeitpunkt	zwischen	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit		
9. Sterbeort	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> im Heim	<input type="checkbox"/> Transport	<input type="checkbox"/> Sonstiger	
<input type="checkbox"/> Sterbeort	Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort: <small>Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße</small>					
<input type="checkbox"/> Auffindungsort (Sterbeort unbekannt)	weitere Angaben					
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund			
Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:				
11. Benachrichtigt wurde	Name, Telefonnummer, Adresse			Datum	Uhrzeit	
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse					
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen			
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen			
15. Todesursache	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)					
	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. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels						
17. Nur bei Unfällen	<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. Bei Frauen	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. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	<input type="checkbox"/> Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche	Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden	Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt	
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Geburtsort	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt	Geburtsgewicht	g	
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.						
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	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

1. Todesbescheinigung	<input type="checkbox"/> Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	Blatt 3: Standesamt
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit			Wird vom Standesamt ausgefüllt!
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer	Gemeinde-Nr. des Standesamtes			
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht <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
7. Todesertritt <small>zwischen</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten
9. Sterbeort	<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)				
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund	
11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
11. Benachrichtigt wurde	Datum		Uhrzeit	
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse			
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen	
15.	[REDACTED AREA]			
16.	[REDACTED AREA]			
17.	[REDACTED AREA]			
18.	[REDACTED AREA]			
19.	[REDACTED AREA]			
20.	[REDACTED AREA]			
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.				
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	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

1. Todesbescheinigung	Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungsdienst benachrichtigt wurde	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)		Blatt 4: Zweite Leichenschau								
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname	Staatsangehörigkeit		Wird vom Standesamt ausgefüllt!										
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer													
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land	Geschlecht <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	<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> 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> Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit	Stunde	Minuten							
9. Sterbeort	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger		Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten: z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße Ergänzende Angaben zum Sterbeort / Auffindungsort:										
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod , wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		Anhaltspunkt / Grund										
11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt , wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		Datum										
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse												
13. Warnhinweise Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen										
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		folgende Hinweise bestehen										
15. Todesursache	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	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												
16. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels													
17. Nur bei Unfällen	<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. Bei Frauen	a) Liegt eine Schwangerschaft vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Monat		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	unbekannt					
19. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden		Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt						
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Geburtsort		Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt		Geburtsgewicht						
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.													
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen. <input type="checkbox"/>												

Zutreffendes bitte ankreuzen und / oder ausfüllen

1. Todesbescheinigung	<input type="checkbox"/> Nicht vollständig wegen:	<input type="checkbox"/> Notfall-/ Rettungsdienst <small>benachrichtigt wurde</small>	<input type="checkbox"/> Gefahr einer Verfolgung <small>(§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG)</small>	Blatt 5: Ärztin / Arzt						
2. Familienname, ggf. Geburtsname, Vorname				Wird vom Standesamt ausgefüllt!						
3. Hauptwohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer										
4. Geburtsdatum	Geburtsort, Kreis, ggf. Land		Geschlecht <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						
7. Todeseintritt	zwischen	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten	und	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten
8. Zeitpunkt der Leichenauffindung <small>- nur zulässig im Notfall-/Rettungsdienst -</small>	Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit Stunde Minuten						
9. Sterbeort	<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)	<small>weitere Angaben</small>									
10. Besteht ein Anhaltspunkt für einen nicht natürlichen Tod, wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	Anhaltspunkt / Grund							
11. Ist die Todesart (natürlicher oder nicht natürlicher Tod) ungeklärt, wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:								
12. Hausärztin / Hausarzt und ggf. zuletzt behandelnde/r Ärztin / Arzt	Name, Telefonnummer, Adresse									
13. Warnhinweise <small>Besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen							
14. Bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:	folgende Hinweise bestehen							
15. Todesursache	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	a)									
vorausgegangene Ursachen <small>Krankheitszustände, welche zu der oben angeführten Ursache geführt haben, mit der ursprünglichen Ursache an letzter Stelle</small>	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									
16. Epikrise: Nähere Angaben zum Todesfall, bei Meldepflichten zum Hergang und zur Ursache der Schädigung; äußere Ursache einer Schädigung, bei Vergiftung Angabe des Mittels										
17. Nur bei Unfällen	<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. Bei Frauen	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. Bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der Schwangerschaftswoche		Woche	Lebensdauer in vollendeten Stunden		Stunden	<input type="checkbox"/> unbekannt			
20. Bei Totgeborenen von mindestens 500 g	Geburtsort			Mehrlingsgeburt		Länge bei Geburt	Geburtsgewicht			
				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	cm	g			
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.										
21. Vornahme einer inneren Leichenschau?	Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer)									
<input type="checkbox"/> Ich habe eine innere Leichenschau nach § 5 BestattG vorgenommen.										