

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen. und/oder ausfüllen.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

1. Todesbescheinigung Niedersachsen		Nicht vollständig wegen:	Notfall/Rettungsdienst	Gefahr der Selbstbelastung	Blatt 3: Standesamt
2. Familienname, Vorname/n			Staatsangehörigkeit		Standesamt
3. Wohnsitz: PLZ, Ort, Straße, Hausnummer			Wird vom Standesamt ausgefüllt! <input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung		Sterbefall beurkundet, Register-Nr.
4. Geburtsdatum					Geburtsort, Kreis, ggf. Land
5. Identifikation			<input type="checkbox"/> Persönlich bekannt <input type="checkbox"/> Angaben Angehöriger/Dritter <input type="checkbox"/> Ausweis/Pass <input type="checkbox"/> Keine		
6. Todeszeitpunkt			<input type="checkbox"/> Nach eigenen Feststellungen <input type="checkbox"/> Nach Angaben von Angehörigen/Dritten		
Falls Todeszeitpunkt nicht bestimmbar: mit Sicherheit noch gelebt			und tot aufgefunden		
7. Sterbeort			<input type="checkbox"/> Sterbeort <input type="checkbox"/> Auffindungsort (Wenn Sterbeort unbekannt)		
Ergänzen Sie die Angaben zum Ort: <input type="checkbox"/> Zu Hause (Anschrift siehe oben) <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus <input type="checkbox"/> Im Heim <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Sonstiger Ort			Einrichtung: Name der Einrichtung, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer; Angaben zu ungewöhnlichen Orten, z. B. Gemarkung, Flurstück, Kreis-/Land-/Bundesstraße Weitere Angaben		
8. Meldepflicht			Polizei oder Staatsanwaltschaft ist benachrichtigt worden wegen (bitte zutreffende Nummer eintragen)		
Folgende Stelle ist am Datum um Uhrzeit benachrichtigt worden					
9. Warnhinweise (besondere Maßnahmen für Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung, Bestattung?)			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: folgende Hinweise bestehen:		
10. Infektionsschutz (bestehen Hinweise für eine Erkrankung im Sinne des IfSG?)			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: folgende Hinweise bestehen:		
11. Hausarzt/Hausärztin, ggf. zuletzt behandelnde/r Arzt/Ärztin			Name, Telefonnummer, Adresse		
(Dieser Bereich ist absichtlich mit einem Muster überdeckt.)					
Ärztliche Bescheinigung: Auf Grund der von mir sorgfältig durchgeführten Untersuchung bescheinige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben. Die Vornahme der Leichenschau erfolgte an der unbedeckten Leiche, sofern nicht die Ausnahmetatbestände des Bestattungsrechts zutreffen.					
19. Ärztin/Arzt (Ort, Datum und Zeitpunkt der Leichenschau, Unterschrift, Stempel, Telefonnummer) Ggf.: Leichenöffnung veranlasst nach:					
<input type="checkbox"/> § 5 (2) BestattG <input type="checkbox"/> § 5 (3) BestattG <input type="checkbox"/> Die vorstehenden Angaben beruhen auf einer Leichenöffnung					

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

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

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen.

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