

Blatt 1: Für die Leichenschau

Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

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

3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis	
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald	
Auffindungsort		
Sterbezeitpunkt	Std. Min. Tag Monat Jahr	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
Sterbezeitraum zwischen	Tag Monat Jahr Std. Min.	und Tag Monat Jahr Std. Min.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Blatt 2: Für die Angehörigen

Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

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

3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis				
falls Sterbeort nicht bekannt Auffindungsort	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald				
Sterbezeitpunkt	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar				
Sterbezeitraum zwischen	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.
	und		Tag	Monat	Jahr

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung

Blatt 3: Notarzdoppel

Vorläufige Feststellung des Todes

Zutreffendes
ankreuzen!

1 Personalangaben

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

2 Identifikation

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

3 Sichere Zeichen des Todes

<input type="checkbox"/> Totenstarre	<input type="checkbox"/> Totenflecke	<input type="checkbox"/> Fäulnis	<input type="checkbox"/> Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	<input type="checkbox"/> Hirntod
Reanimationsbehandlung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

4 Ort und Zeitpunkt des Todes

Sterbeort	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis										
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald										
Auffindungsort											
Sterbezeitpunkt	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar					
Sterbezeitraum zwischen	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.		und	Tag	Monat	Jahr	Std.

Ort, Datum und Zeitpunkt der Todesfeststellung

Unterschrift und Stempel der Notärztin/des Notarztes, Telefon, Name der Einrichtung