



Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Obduktionschein

Zutreffendes  
ankreuzen!

Obduktionsnummer:

## 1 Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom - Gesund- heitsamt ausgefüllt</b>	Standesamt																					
Straße, Hausnummer					Sterbefall: Sterbebuch-Nr. heiratkunder: Geburtenbuch-Nr.																					
PLZ, Wohnort, Kreis					Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.																					
Geburtsdatum		Geburtsort		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																						
<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				Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis																		
Tag	Monat	Jahr																								
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald																								
<b>Sterbeort</b>		<b>Auffindungsort</b>																								
Sterbezeitpunkt		<table border="1"> <tr><td>Sid.</td><td>Min.</td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Sid.	Min.	Tag	Monat	Jahr						oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar												
Sid.	Min.	Tag	Monat	Jahr																						
Sterbezeitraum zwischen		<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Sid.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Tag	Monat	Jahr	Sid.	Min.						und <table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td>Sid.</td><td>Min.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			Tag	Monat	Jahr	Sid.	Min.					
Tag	Monat	Jahr	Sid.	Min.																						
Tag	Monat	Jahr	Sid.	Min.																						

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I	unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache				
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)				
		c) <u>Grundleiden</u>				
II	andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen					

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen	<input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	ICD-10 (Kapitel xx)			
Unfall	<input type="checkbox"/>					
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
	<input type="checkbox"/>					

**Todesart:**

natürlicher Tod

nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon

Blatt 3: Obduzent

# Obduktionschein

Obduktionsnummer:

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

## 2 Todesursache/Sektionsbefund (vorläufiges Ergebnis)

bitte nur eine Todesursache je Feld, nicht Endzustände wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand usw. eintragen

		Zeiddauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod	ICD-10			
I unmittelbar zum Tode führende Krankheit	a) Todesursache					
	vorangegangene Ursachen Krankheiten, die die unmittelbare Todesursache unter a) herbeiführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)				
		c) Grundleiden				
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen						

## 3 Äußere Ursachen des Todes

Komplikationen medizinischer Behandlungen <input type="checkbox"/>	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)			ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall <input type="checkbox"/>				
Tod durch fremde Hand <input type="checkbox"/>	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)			
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstanfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen	
Selbsttötung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> Sport- o. Spielunfall (nicht in Haus o. Schule)	<input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Betrieb	
Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	

**Todesart:**  natürlicher Tod  nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)

Ort und Datum der Obduktion:

Unterschrift und Stempel der Obduzentin/des Obduzenten, Telefon