

## 1. Information für die Ärztin oder den Arzt

Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist keine bloße Formalität. Für die Feststellung des Todes besteht eine besondere Sorgfaltspflicht. Mit der Ausstellung der Todesbescheinigung wird entschieden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben wird oder ob weitere Ermittlungen im Hinblick auf einen nichtnatürlichen Tod erforderlich sind. Zugleich hängt von der sorgfältigen Todesbescheinigung die Qualität der Todesursachenstatistik ab.

Um Fehler zu vermeiden, hat die Ärztin oder der Arzt, die unbedeckte Leiche von allen Seiten und bei ausreichender Beleuchtung in Augenschein zu nehmen. Eine Teilbesichtigung der Leiche ist auf keinen Fall zulässig. Eine Leichenschau sollte nicht im Freien erfolgen.

Es ist die jeweilige Todesart (natürlicher Tod, nicht natürlicher Tod - auch Verdacht -, ungeklärte Todesart) anzukreuzen. Mit der Feststellung der Todesart ist zu prüfen, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Diese sind im Feld „Äußere Ursache der Schädigung“ näher auszuführen. Ansonsten wird ein natürlicher Tod angenommen, es sei denn, die Ärztin/der Arzt hält die Todesart für ungeklärt und dokumentiert dies entsprechend.

## 2. Erläuterungen zur Todesart

natürlicher Tod

Ein natürlicher Tod liegt vor, wenn konkrete Befunde für eine lebensbedrohliche Krankheit bekannt sind, die einen Tod aus krankhafter Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

Anhaltspunkte für nicht natürlichen Tod

Sie liegen vor bei: Tod durch Unfall, Selbsttötung, Tod durch fremde Hand, sonstige Gewalteinwirkung (z.B. Sturz), Vergiftung und bei Verdachtsfällen der vorgenannten Kategorien oder bei unerwartetem Tod während oder nach ärztli-

chen Eingriffen.

Todesart ungeklärt

Eine ungeklärte Todesart wird dann angenommen, wenn keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod erkennbar sind, die Todesursache nicht bekannt ist und trotz sorgfältiger Untersuchung und Einbeziehung der Vorgeschichte keine konkreten Befunde einer lebensbedrohlichen Krankheit vorliegen, die einen Tod aus krankhafter natürlicher Ursache und völlig unabhängig von rechtlich bedeutsamen Faktoren (z.B. Unfall) plausibel erklären.

## 3. Hinweise zur Todesbescheinigung

Der Formularsatz für die Todesbescheinigung umfasst:

- einen nichtvertraulichen Teil und
- einen vertraulichen Teil (Blätter 1 bis 4).

### a) Todesbescheinigung – nichtvertraulicher Teil

Der nichtvertrauliche Teil der Todesbescheinigung wird nach Ausfüllung den Angehörigen zur Vorlage beim Standesamt übergeben.

### b) Todesbescheinigung – vertraulicher Teil

Die amtliche Todesursachenstatistik wird nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass der Krankheitsablauf unter „Todesursache, klinischer Befund“ in seiner Kausalkette angegeben und das Grundleiden möglichst spezifisch und nicht nur allgemein beschrieben wird.

Bei einem natürlichen Tod besteht immer eine Kausalität zwischen der Todesursache und einer inneren Ursache (Krankheit, Missbildungen, etc.). Letzteres wird auch als Grundleiden definiert.

Beispiel: natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Grippeinfekt.

Bei einem nicht natürlichen Tod kommt die Ursache immer von Außen und kann auch in die Todesursache einmünden.

Beispiel: nicht natürlicher Tod als Folge von Lungenentzündung als Folge von Knochenbruch.

Nachdem alle Exemplare des vertraulichen Teils (Blätter 1 bis 4) ausgefüllt und unterzeichnet sind, werden die Blätter 1 und 2 abgetrennt und in einen Briefumschlag, auf dem der Name des Verstorbenen angegeben wird, eingelegt. Dieser Umschlag wird von der Ärztin oder dem Arzt persönlich verschlossen und ist von dem zur standesamtlichen Todesanzeige Verpflichteten zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil beim zuständigen Standesamt abzugeben.

Blatt 3 ist von der Ärztin oder dem Arzt in einen weiteren Umschlag einzulegen, zu verschließen und mit folgenden Angaben zu beschriften: Name und Vorname des Verstorbenen, Geburtsdatum des Verstorbenen, Sterbedatum, Warnhinweise: Infektionsgefahr (z.B. meldepflichtige Erkrankungen gem. § 6 IfSG) oder Sonstiges (z.B. Radioaktivität). Der Umschlag verbleibt bei der Leiche. Er ist im Falle einer Obduktion vom Obduzenten zu öffnen.

Blatt 4 des vertraulichen Teils ist für die persönlichen Unterlagen der Ärztin oder des Arztes bestimmt.

#### **4. Erläuterungen**

Im vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist im Feld „Todesursache, klinischer Befund“ der ICD-Code aufgeführt. Die Codierung ist nach der Vollversion ICD-10-WHO vorzunehmen (d.h. nicht nach der für das SGB V modifizierten Ausgabe). Es ist zu beachten, dass die verbale Angabe der Todesursache, des klinischen Befundes mit der vorgeschriebenen wörtlichen Bezeichnung der Codierung übereinstimmt.

Für die Qualität der Todesursachenstatistik ist das Ausfüllen der Spalte „Zeitdauer zwischen Beginn der Krankheit und Tod“ von großer Bedeutung.

Weitere Angaben zu der „unmittelbar zum Tode führenden Krankheit“ sowie den „anderen wesentlichen Krankheiten“ im Sinne einer Multi-Morbidität können im Feld „nähere Angaben zur Todesursache und zu Begleiterkrankungen (Epikrise)“ gemacht werden.

Im Feld „weitere Angaben zur Klassifikation bei nicht natürlichem Tod“ sollte bei Unfalltoden die Kategorie „sonstiger Unfall“ nur in begründeten Ausnahmefällen verwendet werden.

# Todesbescheinigung

- nichtvertraulicher Teil -

Zutreffendes  
ankreuzen!

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname		<b>Wird vom Standes- beamten ausgefüllt</b>	Standesamt		
Straße, Hausnummer					Sterbefall	Sterbepflicht-Nr.	
PLZ, Wohnort, Kreis					heutkund-	Geburtenbuch-Nr.	
Geburtsdatum		Geburtsort		Eintragung vorgemerkt:			
Tag	Monat	Jahr		Vormerkliste-Nr.			
				Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
<b>Sterbeort</b>		Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis					
falls Sterbeort nicht bekannt		PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald					
<b>Auffindungsort</b>							
<b>Sterbezeitpunkt</b>		Std.		Min.		oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar	
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr		
<b>Sterbezeitraum</b>		Tag		Monat		Jahr	
zwischen		Std.		Min.		und	
		Tag		Monat		Jahr	
		Std.		Min.			
<b>WARNHINWEISE</b>			Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)			Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Tot- geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlings- geburt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt	cm	
				Geburtsgewicht		g	

**ACHTUNG! VOR WEITEREM AUSFÜLLEN BITTE DIESE SEITE ABTRENNEN!**

## 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
<b>Todesart:</b>		<input type="checkbox"/>	natürlicher Tod	<input type="checkbox"/>	nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/>	ungeklärte Todesart

## Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:  Datum: <input type="text"/>  Zeitpunkt: <input type="text"/> Uhr	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
---	--

Blatt 1: Gesundheitsamt

# Todesbescheinigung

- vertraulicher Teil -

Zutreffendes  
ankreuzen!

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	<b>Wird vom Standes- beamten ausgefüllt</b>	Standesamt
Straße, Hausnummer			Sterbefall Sterbebuch-Nr. beurkundet: Geburtenbuch-Nr.
PLZ, Wohnort, Kreis			Eintragung vorgemerkt: Vormerkliste-Nr.
Geburtsdatum Tag:         Monat:     Jahr:		Geburtsort	
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald

<b>Sterbezeitpunkt</b>	Std.     Min.     Tag:         Monat:     Jahr:	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag:         Monat:     Jahr:         Std.     Min.	und
	Tag:         Monat:     Jahr:         Std.     Min.	

<b>WARNHINWEISE</b>	Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)	Sonstiges (z. B. Radioaktivität)
---------------------	---	----------------------------------

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Tot- geburt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mehrlings- geburt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der		Schwangerschaftswoche		Lebensdauer in vollendeten Stunden			
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja, im	-ten Monat	nein <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>			
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>
Name: _____	Name: _____
Telefon: _____	Telefon: _____

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

## Todesursache, klinischer Befund

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) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)		
	c) <u>Grundleiden</u>		
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

<b>Todesart:</b>	natürlicher Tod <input type="checkbox"/>	nicht natürlicher Tod (auch Verdacht) <input type="checkbox"/>	ungeklärte Todesart <input type="checkbox"/>	<b>Obduktion erforderlich:</b>
				ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

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

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	
Zeitpunkt:	Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 2: Statistisches Landesamt

# Todesbescheinigung

Zutreffendes ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

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

## WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)				
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	ja	nein	Mehrlingsgeburt	ja	nein
<b>Länge bei Geburt</b>		cm		<b>Geburtsgewicht</b> g		
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche			Lebensdauer in vollendeten Stunden	
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja	im	-ten Monat	nein	unbekannt
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	ja	nein			

## Sichere Zeichen des Todes:

Totenstarre	Totenflecke	Fäulnis	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	Hirntod
Reanimationsbehandlung	ja	nein		

## Todesursache, klinischer Befund

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) <b>Todesursache</b>		
	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) <b>Grundleiden</b>		
II	andere wesentliche Krankheiten			
	Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--	--

## Todesart:

<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

Komplikationen medizinischer Behandlungen	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)		<b>ICD-10</b> (Kapitel xx)
Unfall			
Tod durch fremde Hand	Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)		
	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) Wohnheim	<input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstatunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung	<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"/> Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr



Blatt 3: Verbleibt bei der Leiche  
(Obduktionsdoppel)

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

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

<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis
------------------	---

falls Sterbeort nicht bekannt <b>Auffindungsort</b>	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald
--	-------------------------------------

<b>Sterbezeitpunkt</b>	Sid. Min. Tag Monat Jahr	<b>oder:</b> falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar
<b>Sterbezeitraum</b> zwischen	Tag Monat Jahr Sid. Min.	und Tag Monat Jahr Sid. Min.

<b>WARNHINWEISE</b>	Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)	Sonstiges (z. B. Radioaktivität)
---------------------	---	----------------------------------

bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Länge bei Geburt	cm	Geburtsgewicht	g
--	---	---	------------------	----	----------------	---

bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Lebensdauer in vollendeten Stunden
---	-------------------	-----------------------	------------------------------------

bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> ja, im	-ten Monat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>	Name:	Telefon:	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>	Name:	Telefon:
---	-------	----------	--	-------	----------

<b>Sichere Zeichen des Todes:</b>	Totenstarre	Totenfleck	Fäulnis	Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind	Hirntod
	Reanimationsbehandlung	ja	nein		

## Todesursache, klinischer Befund

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		
II 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) Grundleiden		
II andere wesentliche Krankheiten Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>
------------------	--	--	--	--------------------------------

<b>Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Komplikationen medizinischer Behandlungen	äußere Ursache der Schädigung (Angaben über den Hergang, Ort des Ereignisses, bei Vergiftung Angabe des Mittels)	ICD-10 (Kapitel xx)
Unfall		

Unfallkategorie (bitte nur eine Untergruppe ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen)	
Tod durch fremde Hand	<input type="checkbox"/> Schulunfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Arbeits- o. Dienstanfall (ohne Wegeunfall) <input type="checkbox"/> Industrieanlagen, Baustellen
Selbsttötung	<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"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Gewerbe-, Dienstleistungseinrichtungen <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	
Datum:	
Zeitpunkt:	Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--

Blatt 4: Arztdoppel

# Todesbescheinigung

Zutreffendes  
ankreuzen!

- vertraulicher Teil -

## Personalangaben

Name, ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort, Kreis			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Tag	Monat	Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
<b>Sterbeort</b>	Straße, Hausnummer (z. B. Krankenhaus), PLZ, Ort, Kreis		
falls Sterbeort nicht bekannt	PLZ, Ort, Kreis, z. B. Wasser, Wald		
<b>Auffindungsort</b>			
<b>Sterbezeitpunkt</b>	oder: falls Sterbezeitpunkt nicht genau feststellbar		
Std.	Min.	Tag	Monat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Sterbezeitraum</b>	und		
zwischen	Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## WARNHINWEISE

Infektionsgefahr (z. B. Meldepflichtige Erkrankung gem. § 6 IfSG)		Sonstiges (z. B. Radioaktivität)	
bei Kindern unter einem Jahr sowie bei Totgeborenen	Totgeburt	Mehrlingsgeburt	Länge bei Geburt
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	cm <input type="text"/>
bei Neugeborenen, die innerhalb der ersten 24 Stunden verstorben sind	Frühgeburt in der	Schwangerschaftswoche	Geburtsgewicht
			Lebensdauer in vollendeten Stunden
bei Frauen	Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja, im <input type="text"/> -ten Monat	nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>
	Liegen Anzeichen dafür vor, dass in den letzten drei Monaten eine Schwangerschaft bestand?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>zuletzt behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt</b>	<b>zuletzt behandelnde(r) Ärztin/Arzt im Krankenhaus</b>
Name: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>

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

## Todesursache, klinischer Befund

bitte nur <u>eine</u> 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) herbeigeführt haben, mit der ursprünglichen Ursache (Grundleiden) an letzter Stelle	b) als Folge von c)		
II <u>andere</u> wesentliche Krankheiten	c) <u>Grundleiden</u>		
Krankheiten, die zum Tode beigetragen haben, ohne mit der unmittelbaren Todesursache oder dem Grundleiden im Zusammenhang zu stehen			

## Nähere Angaben zur Todesursache, zu Begleiterkrankungen und operativen Eingriffen (Epikrise)

--	--	--	--

<b>Todesart:</b>	<input type="checkbox"/> natürlicher Tod	<input type="checkbox"/> nicht natürlicher Tod (auch Verdacht)	<input type="checkbox"/> ungeklärte Todesart	<b>Obduktion erforderlich:</b>
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

## Weitere Angaben zur Klassifikation bei nichtnatürlichem Tod

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

**Ärztliche Bescheinigung:** Aufgrund der von mir sorgfältig und an der unbedeckten Leiche durchgeführten Untersuchung bestätige ich hiermit den Tod und die oben genannten Angaben.

Ort der Leichenschau:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Zeitpunkt:	<input type="text"/> Uhr

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes, Telefon, Einrichtung
--